

**A importância da identificação, interpretação e
documentação das lesões e a sua relevância para
a investigação criminal e para os tribunais
judiciais**

CLÁUDIA SOFIA JARDIM PEREIRA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

Porto, 2014

Cláudia Sofia Jardim Pereira

“A importância da identificação, interpretação e documentação das lesões e a sua relevância para investigação criminal e para os tribunais judiciais”

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Dr. Carlos Durão

Categoria - Assistente Hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira;
Perito Médico do Gabinete Médico Legal de Vila Franca de Xira e Torres Vedras;
Especialista em Ortopedia e Traumatologia;
Pós-Graduado em Avaliação do Dano Corporal e Antropologia Forense.

Afiliação - Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

As primeiras palavras de agradecimento vão para o meu orientador, Dr. Carlos Durão, que desde o início acompanhou e orientou este trabalho. Pela sua disponibilidade, incentivo e pelas enriquecedoras trocas de ideias com que me presenteou ao longo deste percurso, agradeço todo o apoio, e visão crítica.

Um especial agradecimento, ao Dr. Braz Lamarca, pela sua disponibilidade e atenção, o meu sincero, obrigada.

Aos meus pais, que me apoiaram e aturaram durante este árduo percurso académico e que me ajudaram a construir e formar a minha personalidade, carácter e moral. Muito obrigada pela confiança, motivação, encorajamento, apoio e amor incondicional.

Aos meus professores e mestres por tudo quanto me deram a conhecer.
A todos que de forma direta ou indireta tornaram este trabalho possível.

Agradeço, em especial, ao Hospital de Vila Franca de Xira, nomeadamente ao Serviço de Ortopedia, na figura do seu Diretor, Dr. Pedro Afonso, que me integraram e sempre esclareceram as minhas dúvidas, durante a realização do meu estágio curricular.

E finalmente, a todos os meus Amigos mais próximos, que sempre me encorajaram e motivaram a concluir esta etapa. Àqueles que, em cada momento, me ajudaram no alcançar da meta a que me proponho.

A todos, sem exceção, meu sincero, muito obrigada!

E a ti, porque tudo.

RESUMO

Com base no crescente número de vítimas que se deslocam aos SU, as instituições que as recebem podem e devem estar preparadas para as receber, integrando a avaliação forense nas suas práticas quotidianas, tendo em conta técnicas corretas de interpretação e documentação de provas com interesse forense.

Nos dias de hoje, a própria sociedade demanda a investigação de um trauma associado à atividade criminal, uma vez que provas de violência podem ser encontradas numa vítima de agressão, quer física quer sexual; numa criança que sofre maus-tratos; num agente da autoridade aquando da detenção de um suspeito perigoso; ou em casos de violência doméstica. Nestes contextos sociais torna-se essencial, que os profissionais de saúde atuem em sintonia com os princípios forenses.

Pese embora a indiscutível responsabilidade dos OPC e do MP na investigação criminal, os profissionais de saúde podem vir a ter um impacto significativo no resultado dessa investigação. No entanto, nos dias de hoje, é um facto admitir que ainda existe uma divisão incontestável entre as autoridades judiciais e estes profissionais de saúde. E é este fator que evidencia a necessidade de complementar a formação e informação dentro das instituições de saúde, de maneira a abordar temas como o papel que um profissional de saúde poderá ter na própria investigação criminal.

A correta descrição, interpretação e documentação de lesões são, sem dúvida, algumas das funções mais importantes de um perito, assegurando assim que ao paciente seja dada a maior amplitude possível de oportunidades, quer jurídicas, quer terapêuticas. Uma falha nestas funções, por parte do profissional de saúde, poderá afetar o resultado de uma investigação criminal, afetando igualmente o seu paciente.

Assim, a aplicação da Ciência Forense à Medicina contemporânea possibilita uma investigação criminal célere e simplificada, contribuindo por sua vez para a segurança e saúde públicas.

Chegou a era, segundo a qual uma prática forense competente e eficiente no âmbito dos SU não deveria ser uma mera ideia, mas sim um *standard* mínimo constante. Assim os profissionais de saúde podem ser um *link* fundamental entre o universo da Medicina e do Direito, promovendo o diálogo e expressão com os pacientes.

palavras-chave: medicina legal, traumatologia forense, documentação fotográfica, protocolo forense nos serviços de urgência.

ABSTRACT

Based upon the growing numbers of forensic patients in EDs, healthcare providers can and must integrate a forensic assessment into their practice while considering proper evidence interpretation and documentation techniques.

Society demands an investigation of trauma associated with criminal activity, as marks of violence may be found on the victim of an assault, either physical or sexual, on a child suspected of having been abused, on a police officer arresting a violent suspect or in domestic violence cases. No longer is it acceptable for health care professionals to operate in isolation of forensic philosophies and principles

Although it is the responsibility of law enforcement to investigate crime, healthcare providers can have a significant impact on the legal outcomes of forensic cases. There exists still a strong delineation between law enforcement and healthcare. This delineation alone warrants the need for education within the healthcare setting regarding the impact that nurses and doctors can have within the criminal justice system.

The accurate description, interpretation and documentation of injuries is one of the most important functions of the forensic physician, which ensures that patients are afforded every opportunity to maximize both their healthcare and legal outcomes. Failure on the part of healthcare providers to be familiar with and proficient in these skills can potentially affect the legal outcomes of forensic cases.

The application of Forensic Science to contemporary medical practice reveals a wider role in the investigation of crime and the legal process that contributes to public health and safety.

The era has come when competent and proficient forensic practice within the ED (Emergency Department) setting should no longer be a consideration but a constant and a minimum standard. The healthcare professional can become an effective liaison between the medical and legal world, promoting patient dialogue and expression. In this bridge between the medical and legal arenas, the role of the emergency forensic medicine becomes a vital asset.

keywords: forensic medicine, forensic trauma, photo-documentation, forensic protocols in the emergency department.

“The human race tends to remember the abuses to which it has been subjected rather than the endearments. What’s left of kisses? Wounds, however, leave scars.”

Bertolt Brecht

“Whenever one person stands up and says, “wait a minute, this is wrong,” it helps other people to do the same.”

Gloria Stein

Agradecimentos

Resumo em português

Resumo em inglês

Índice geral	i
Lista de Anexos	iv
Lista de Siglas e Acrónimos	v
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	x

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1. Contextualização do estudo	2
1.1. Pertinência do estudo.....	4
 PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
1. A Traumatologia Forense	7
1.1. Energias mecânicas.....	8
1.1.1. Características das lesões geradas por meios mecânicos.....	10
a) LESÕES CONTUSAS.....	10
a.1) Contusões simples.....	13
a.1.1) Contusões simples com integridade da pele.....	13
➤ Equimoses.....	13
➤ Contusões profundas.....	23
➤ Derrames serosos e derrames cavitários.....	24
➤ Fraturas, luxações e entorses.....	25
a.1.2) Contusões simples com lesão cutânea.....	27

➤ Escoriações.....	27
➤ Feridas contusas.....	29
a.2) Contusões complexas.....	33
a.2.1) Arrancamentos.....	33
a.2.2) Esmagamentos.....	33
a.2.3) Mordeduras.....	33
a.2.4) Quedas e Precipitações.....	34
b) LESÕES PERFURANTES OU PUNCTÓRIAS.....	35
c) LESÕES INCISAS OU CORTANTES.....	38
d) LESÕES PERFUROCORTANTES.....	41
d.1) A faca.....	42
d.2) A tesoura.....	45
e) LESÕES CORTOCONTUSAS.....	46
f) LESÕES PERFUROCONTUSAS.....	48
f.1) A Balística Forense e as armas de fogo.....	49
f.2) Morfologia das lesões por armas de fogo.....	50
f.2.1) Orifício de entrada.....	51
f.2.2) Orifício de saída.....	52
f.2.3) Trajeto.....	54
2. A Lesão no Direito.....	55
2.1. O Direito Penal.....	55
2.1.1. O crime.....	56
2.1.2. A culpa.....	60
2.1.2.1. Dolo.....	61
2.1.2.2. Negligência.....	62
2.2. A lesão e a avaliação do dano corporal em Direito Penal.....	63
2.2.1. Metodologia de avaliação do dano corporal.....	66
2.2.2. A presunção médico-legal da intenção de matar.....	68
2.3. Principais crimes que podem provocar danos físicos sem que deles resulte morte, segundo o Título I do Livro II do Código Penal.....	70
2.3.1. Ofensas à integridade física.....	70
2.3.2. Crimes contra a vida na forma tentada.....	73
2.3.3. Violência doméstica.....	74
2.3.4. Maus tratos.....	77
2.3.5. Exposição e abandono.....	79

2.3.6. Crimes sexuais.....	80
3. A Fotografia Forense	82
3.1. Aspetos legais da fotografia como prova.....	86
3.2. Aspetos práticos da Fotografia Forense.....	87
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	90
1. Natureza e caracterização do Estudo	91
1.1. Objetivo e justificação do Estudo	92
1.2. Metodologia: estatística e atualidade	93
1.2.1. RASI.....	94
1.2.2. APAV.....	98
2. Casos Práticos	104
2.1. O papel dos profissionais de saúde na Justiça.....	104
2.1.1. Interpretação, preservação e documentação de lesões.....	105
2.1.2. Como lidar com a vítima de agressão física.....	109
2.1.2.1. O adulto.....	110
2.1.2.2. A criança.....	111
2.2. Protocolos Forenses nos Serviços de Urgência	115
2.2.1. No Mundo.....	116
2.2.2. Em Portugal.....	117
PARTE III - DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES.....	121
1. Conclusões.....	122
2. Futuras linhas de investigação	126
BIBLIOGRAFIA.....	128
ANEXO 1	137
ANEXO 2	148
ANEXO 3	160
ANEXO 4	163
ANEXO 5	165
ANEXO 6	167

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Relatório Forense: Exame de Suspeita de Violência Doméstica

Anexo 2 - Relatório Forense: Exame de Suspeita de Maus Tratos e Negligência a Menores

Anexo 3 - Modelo de Relatório para denúncia de situação de suspeita de violência doméstica como crime público e Modelo de Relatório para denúncia de situação de suspeita de maus tratos em criança/jovem como crime público.

Anexo 4 - Modelo de Relatório para aplicação do art. 91º da Lei n.º147/99, de 1 de Setembro – Procedimento de Urgência

Anexo 5 – Jornal Público (22/02/2014): *“Mais homens pedem ajuda, mas vergonha impede queixa por violência doméstica”*.

Anexo 6 - Jornal Público (12/02/2014): *“Todas as semanas 19 crianças e jovens e 15 idosos são vítimas de crimes”*.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

Ac. – Acórdão

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Art. – Artigo

C.C. – Código Civil

Cit. - Citação

C.P. – Código Penal

C.P.C. – Código de Processo Civil

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

C.P.P. – Código de Processo Penal

DL – Decreto-lei

Ed. - Edição

EUA – Estados Unidos da América

GNR – Guarda Nacional Republicana

MP – Ministério Público

Nº - Número

NHACJR - Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

OPC – Órgãos de Polícia Criminal

PAF – Projéteis de arma de fogo

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASI – Relatório Anual de Segurança Interna

Rel. - Relatório

SANE – Sexual Assault Nurse Examiner

SU – Serviços de Urgência

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 – Processo de formação de uma equimose após uma ação mecânica contundente.

(Fonte: McLAY, W.D.S. - *Clinical Forensic Medicine*. 2009, p. 102.);

Fig. 2 – Equimose no braço de uma mulher. É possível verificar que esta equimose tem uma impressão dos dedos do agressor. (Fonte: DIX, J. - *Color Atlas of Forensic Pathology*. 2000, p. 31);

Fig. 3 - Exemplo de uma “Púrpura Senil” na mão esquerda de um idoso. (Fonte: DOLINAK, D., *et al.* - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 125);

Fig. 4 – Exemplo de equimoses com padrão impresso de um pneu, “Sinal de estrias de Simonin”, típicas dos atropelamentos. (Fonte: DOLINAK, D., *et al.*- *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 127);

Fig. 5 – Exemplo de equimoses com padrão linear e paralelo. (Fonte: Foto gentilmente cedida pelo Dr. Carlos Durão);

Fig. 6 - Equimose violácea em permeio à tumefação traumática. Agressão. Note a hemorragia da esclera que permanece com a mesma tonalidade até a sua completa reabsorção. (Fonte: Imagens gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão);

Fig. 7 – Evolução cromática de uma equimose, ao longo de 10 dias. A começar da esquerda para a direita, de cima para baixo. (Fonte: Fotografia: Armin Kübelbeck, CC-BY-SA, Wikimedia Commons. [Em linha]. [Consult. 20 de Outubro 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Black_Eye_01.jpg)

Fig. 8 - Lesão com descolamento traumático de *Moréll Lavallée* na coxa de um homem, após traumatismo contuso. Na ecografia é possível notar a coleção líquida gerada pelo hematoma consequente das lesões do tecido celular subcutâneo. (Fonte: Caso gentilmente cedido pelo Dr. Carlos Durão – *in* Descolamento de *Moréll Lavallée* – caso clínico apresentado no 34º Congresso Nacional de Ortopedia – 2014);

Fig. 9 - Variante aberta da Lesão de *Moréll Lavallée*. (Fonte: DURÃO, C. *in* Revista Portuguesa de Ortopedia);

Fig. 10 – Da esquerda para a direita: Fratura exposta observada no Serviço de Urgência; Fratura incompleta dos ossos do antebraço de uma criança (Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão)

Fig. 11 – Exemplos de escoriações, ambos de acidentes de viação. (Fonte: DOLINAK, D., *et al.* - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, pp. 122 e 124);

Fig. 12 - Típica lesão contusa. Presença de “pontes de ligação” unindo as bordas do tecido. (Fonte: Hygino de Carvalho - *Medicina Legal*, imagem cedida pelo autor a Dr. Carlos Durão)

Fig. 13 – Ferida contusa típica, causada com um martelo. Através das setas é possível verificar o contorno do martelo. (Fonte: DIX, Jay - *Color Atlas of Forensic Pathology*. 2000, p. 33);

Fig. 14 - Vítima fatal de ataque com mordeduras de cão. (Fonte: Foto gentilmente cedida pelo Dr. Carlos Durão);

Fig. 15 – Características de uma ferida punctória na pele, como é possível verificar são perfuradas todas as camadas da pele e ainda as camadas subcutâneas de gordura e músculo. (Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.webmd.com/first-aid/puncture-wound>>);

Fig. 16 – Lesão perfurante, accidental, provocada por um garfo. Na imagem da esquerda é possível ver as cicatrizes típicas deste tipo de lesão: padrão de quatro pontos paralelos, equivalente aos quatro dentes de um garfo.
(Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.torch.aetc.af.mil/news/story.asp?id=123241952>>);

Fig. 17 – Aqui podemos ver o sentido e direção das linhas de força ou linhas de tensão da pele. Em geral são contrárias ao maior eixo do músculo. Facto que irá influenciar a aparência da lesão.
(Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/dermato/livro12/fig06-01.html>>);

Fig. 18 – Múltiplas lesões provocadas por um picador de gelo, que originalmente foram mal interpretadas como lesões causadas pelos chumbos de uma espingarda caçadeira.
(Fonte: DIMAIO, V., *et al* – *Forensic Pathology*. 2001,p.212);

Fig. 19 – Exemplo de ferida incisa. Ação realizada por um bisturi no âmbito de uma cirurgia. (Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <https://www2.aofoundation.org>);

Fig. 20 – Exemplo de um retalho de pele, no nariz, típico de uma ferida incisa, quando a ação ocorre de forma tangencial. (Fonte: DOLINAK, D. *et al* - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p.152);

Fig. 21 – Lesão incisa auto infligida no punho. Na imagem é possível verificar as “lesões de hesitação” mais superficiais.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.pinterest.com/pin/185703184605184692/>);

Fig. 22 – Da esquerda para a direita, é possível distinguir as características de uma lesão provocada por instrumentos monocortantes, bicortantes e pluricortantes.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://dc397.4shared.com/img/Xj-MjVtU/preview.html>);

Fig. 23 – Da esquerda para a direita: a primeira figura apresenta uma lesão provocada por uma faca simples de um gume, é evidente a diferença das duas margens, uma é angulosa em forma de “V” e a outra é mais retilínea; a figura do meio apresenta múltiplas lesões provocadas por um punhal, instrumento com dois gumes, onde é evidente a angulosidade de ambas as margens da lesão; a última figura apresenta uma lesão típica de uma faca de serra, onde é possível identificar a impressão dos “dentes” que a faca deixou na pele. (Fontes: DIMAIO, V. *et al*.- *Forensic Pathology*. 2001, p.219 e DOLINAK, D. *et al*. – *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 145);

Fig. 24 – A influência das Linhas de *Langer* na aparência das lesões se estas estiverem perpendiculares às fibras (B) ou se estiverem paralelas a estas (C). (Fonte: DIMAIO, V. *et al*. - *Forensic Pathology*. 2001, p.206);

Fig. 25 - Vítima de agressão com tesoura, atendida no SU. (Fonte: Foto gentilmente disponibilizada pelo Dr. Carlos Durão);

Fig. 26 - Estatística Mundial segundo a ONU, em relação às armas mais utilizadas para o crime de homicídio, por região. (Fonte: Estatísticas da ONU);

Fig. 27 – Da esquerda para a direita: Típico orifício de entrada e orifício de saída de projétil de arma de fogo. (Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão);

Fig. 28 – A imagem da esquerda apresenta uma sombra, devido ao facto de a fonte de luz ou flash estar colocada num ângulo lateral ao do cérebro. As sombras podem ser evitadas, ao colocar a fonte de luz ou flash diretamente por cima do objeto, tal como na foto da direita. Note-se também que na foto da direita o cérebro está bem centrado, enche a imagem na sua totalidade, e não existem distrações em plano de fundo. (Fonte: DOLINAK, D., *et al.* - *Forensic Pathology: Principles and Practice*. 2005, pp. 632-633);

Fig. 29 – Estas imagens apresentam uma marca de mordedura com 5 meses, numa vítima. Podemos observar à esquerda uma fotografia a preto e branco, onde é quase imperceptível a lesão. À direita é possível observar o efeito da luz UV sobre a lesão, e verifica-se que, mesmo já com 5 meses, é evidente a impressão da arcada dentária na pele da vítima. (Fonte: RICHARDS, A. - *Reflected Ultraviolet Imaging for Forensics Application*. 2010);

Fig. 30 – Na foto “A” é possível verificar três lesões incisas auto infligidas no antebraço esquerdo (esta é uma foto abrangente que permite a situação anatómica espacial). A foto “B” é um *close-up* da lesão na fossa antecubital do antebraço esquerdo. (Fonte: DIMAIO, V.J. *et al.* - *Forensic Pathology*. 2001, p. 231);

Fig. 31 – Da esquerda para a direita: fotos antes e depois (respetivamente) do tratamento realizado nos SU de uma vítima de esfaqueamento (lesões perfurocortantes). (Fonte: VERHOFF, M.A. *et al.* - *Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol*. 2012, p. 639.);

Fig. 32 – Da esquerda para a direita: Equimoses nas nádegas de uma criança, paralelas entre si, provocadas por agressão com um cinto; Queimaduras causadas pela ponta de um cigarro, na mão esquerda de uma criança de 8 anos. (Fonte: JACOBI, G. *et al.* - *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*, 2010).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das ações e suas respectivas lesões, causadas por energia mecânica;

Tabela 2 - Enumeração das características de um orifício de entrada;

Tabela 3 – Crimes de ofensas voluntárias à integridade física. (Fonte: RASI, 2013, p. 34);

Tabela 4 – Crimes mais participados no ano 2013. (Fonte: RASI, 2013, p. 40);

Tabela 5 – Crimes mais participados no ano 2013. (Fonte: RASI, 2013, p. 45);

Tabela 6 – Crimes contra as pessoas. (Fonte: RASI, 2013, p. 50);

Tabela 7 – Crimes contra as pessoas divididos por distritos de Portugal. (Fonte: RASI, 2013, p. 51);

Tabela 8 – Estatísticas relativas aos crimes de violência doméstica. (Fonte: RASI, 2013, pp. 77-78);

Tabela 9 – Estatísticas relativas aos crimes de violência doméstica. (Fonte: RASI, 2013, pp. 77-78);

Tabela 10 – Estatísticas relativas aos crimes de violência doméstica. (Fonte: RASI, 2013, p. 79);

Tabela 11 – Tipos de crime. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 8);

Tabela 12 – Crimes contra as pessoas. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 8);

Tabela 13 – Crimes de violência doméstica. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 12);

Tabela 14 – Caracterização da vítima. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 18);

Tabela 15 – Caracterização do autor do crime. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 24);

Tabela 16 – Relação com a vítima. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 23);

Tabela 17 – Caracterização da vitimação: tipo e duração. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 26);

Tabela 18 – Cooperação da APAV com outras entidades. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 14);

Tabela 19 – Encaminhamento para a APAV. (Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 16).

INTRODUÇÃO

1. Contextualização do estudo

Como sabemos, os crimes violentos têm aumentado em todo o mundo, e a vitimação do ser humano tem se tornado cada vez mais evidente, nomeadamente em crimes contra a integridade física e crimes de maus tratos de mulheres, crianças e idosos. Como tal, a habilidade de avaliar, documentar e interpretar corretamente as lesões traumáticas, é mais do que uma virtude, é um dever para todos os peritos forenses.

O conceito de trauma, na perspectiva médico-legal, traduz um evento (choque), que ocorre súbita e inesperadamente, que não é familiar à vítima e está fora do seu controlo, não lhe sendo por isso possível a tomada de ações corretivas diretas, e que ameaça, direta ou indiretamente, o seu bem-estar físico e psíquico, constituindo uma experiência muito stressante que requer uma adaptação quer física quer psicológica. É pois fundamental compreender o impacto do trauma para a vítima direta, nas suas diversas circunstâncias, ou seja, desde o seu tipo, até às lesões dele resultantes, bem como à percepção que a pessoa tem do mesmo.¹

Ao longo da história, os profissionais de saúde têm vindo a ser chamados a dar assistência ao sistema legal na investigação de casos em que o tratamento dos pacientes vai ao encontro da lei.

Em Medicina Legal a definição de lesão² apresenta-se como um dano em qualquer parte do corpo devido a uma ação mecânica ou qualquer outro agente traumático, quer seja accidental ou intencional. O grande objetivo da avaliação e documentação das lesões é conseguir estabelecer como é que uma lesão foi causada, o que, muitas vezes, se revela um problema nos tribunais. Como tal, deve existir cooperação dos profissionais forenses para com a Justiça de maneira a alcançar a verdade, aplicada a cada caso concreto. Esta interdisciplinaridade começa por, tornar simples e acessível o processo descritivo e analítico da lesão de maneira a estar ao alcance de todos os profissionais que lidam com no caso.

¹ MAGALHÃES T. - *A vítima como objecto da intervenção médico-legal*. 2005

² POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Wounds e Wounds II*. Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense

Na realidade atual, qualquer suspeita de violência por parte de terceiros, é tipicamente apenas levantada em retrospectiva, sendo que, muitas das vezes, os exames de clínica médico-legal são requisitados dias após o tratamento inicial nas Urgências.

Nestas circunstâncias pode tornar-se impossível reconstruir os achados clínicos dos Serviços de Urgência, que muitas vezes são aqueles com verdadeira relevância forense. Assim nestes casos a documentação do incidente, como por exemplo, a prova fotográfica de lesões, antes do seu tratamento poderá desempenhar um papel crucial na aceção forense de uma investigação criminal posterior.

Embora a prioridade do atendimento nos SU seja a manutenção da vida dos doentes, em casos que envolvam o tratamento de vítimas, as evidências físicas devem ser recolhidas, preservadas e documentadas para posterior análise processual no âmbito criminal.

É certo que as circunstâncias para a produção de provas forenses nem sempre é a ideal, e que muitas vezes a primeira oportunidade para realizar a coleta dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência. Assim, os profissionais de saúde encontram-se numa posição única para facilitar e promover a identificação e recolha de provas. Torna-se, portanto, imperativo que os enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência tenham conhecimentos na identificação e preservação de provas forenses relevantes, como as lesões físicas.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três partes essenciais:

Uma primeira que corporiza uma fundamentação teórica alargada, espelhando diversos conceitos, teorias, publicações, doutrina e jurisprudência, nas áreas da Traumatologia Forense, do Direito Penal, e da Fotografia Forense, todos eles interligados, quer pela investigação criminal, quer pela Medicina, visando demonstrar a verdade material nos tribunais.

A segunda parte é composta pela nossa contribuição para a investigação neste âmbito. Primeiramente é operacionalizado o estudo empírico, com a descrição dos aspectos metodológicos, reportando-se a investigação propriamente dita a uma análise estatística referente ao ano 2013, em que são estudados dois relatórios fundamentais, o da APAV e o RASI, que são elaborados anualmente e proporcionam-nos estatísticas criminais à escala nacional. É também realizada uma síntese de estatística e do conteúdo.

Na terceira e última parte da presente dissertação são apresentadas as conclusões da análise estatística efetuada. Apresentamos ainda o nosso contributo para o repensar do Relatório Médico Forense, e a sua, possível inserção nos SU dos hospitais portugueses. Evidenciamos ainda, a necessidade de uma acrescida intervenção da

Medicina na valoração de certos meios de prova, nomeadamente documentais, como a fotografia forense e o relatório médico, das próprias vítimas, em especial quando nos deparamos num quadro de escassez de meios probatórios. Em remate final, são sugeridas algumas linhas de investigação futuras e pertinentes neste domínio.

1.1. Pertinência do estudo

Uma vez colocada a Justiça no epicentro dos enfoques noticiosos, são incontáveis as situações que, diariamente, preenchem a imprensa escrita e falada com casos mediáticos, muitos deles ligados à criminalidade.

É neste contexto, que a máquina judicial vai ser chamada a investigar e decidir. Decidir à custa de provas. Provas que terão de gerar a convicção no julgador. Para isso, e quanto à prova documental, estas terão de ser produzidas corretamente. Assim as demais ciências, não são, nem podem ser, áreas compartimentadas e estanques do saber, pelo que, no caso em desenvolvimento, a osmose entre o Direito e a Medicina permitirá, sem margem para dúvidas, o alcançar de um dos maiores desideratos da realização da Justiça, a descoberta da verdade.

A realização deste estudo surge da necessidade de identificar e documentar uma lesão com relevância forense, no contexto do SU hospitalar, uma vez que é por norma o enfermeiro, e posteriormente o médico, os primeiros a estabelecer contacto com os utentes, a ouvir as suas queixas e a avaliar as suas lesões.

Chegou a era, segundo a qual uma prática forense competente e eficiente no âmbito dos SU não deveria ser uma mera ideia, mas sim um *standard* mínimo constante. Assim os profissionais de saúde podem ser um *link* fundamental entre o universo da Medicina e do Direito, promovendo o diálogo e expressão com os pacientes.

Com base no aumento do número de vítimas de crime que se deslocam aos Serviços de Urgência, as instituições que as recebem estão preparadas para as receber, podendo e devendo integrar a avaliação forense nas suas práticas quotidianas, considerando-se a coleta e preservação de provas relevantes como lesões, roupa ou fluidos corporais.

É certo que é da responsabilidade dos OPC e do MP investigar um crime, no entanto tal não significa que os próprios profissionais de saúde não possam ter um impacto significativo no resultado dessa investigação.

Nos dias de hoje, é um facto admitir que ainda existe uma divisão entre a Justiça e a Medicina. A qual demonstra a necessidade de complementar a formação e

informação dentro das instituições de saúde, de maneira a abordar temas como o papel que um profissional de saúde poderá ter na Justiça.

A correta interpretação e documentação de uma prova são fundamentais para garantir que, ao paciente sejam providenciadas todas as oportunidades possíveis para maximizar os seus resultados jurídicos.³

O estabelecimento de *guidelines* para análise, interpretação e documentação de evidências físicas, como as lesões (preferencialmente abordadas neste trabalho), deveriam ser desenvolvidos pelos departamentos legais das Instituições de Saúde, dando-os a conhecer aos profissionais que trabalham em contacto direto com possíveis vítimas de crime e aplicando-os à prática quotidiana dos serviços. Este estabelecimento institucional de documentação forense irá promover a aderência a um *standard* mínimo de práticas em qualquer caso relevante, auxiliando a reforçar a investigação criminal.

De igual modo, estamos em crer que no nosso sistema judicial, sobretudo quando se decide perante um reduzido e escasso número de provas, muitas das vezes sendo da própria vítima o único relato contendo o pretenso conhecimento pessoal e direto dos factos em apreciação, dever-se-ia, no respeito pelo rigor da decisão e da valia da motivação nela constante, convocar tudo quanto a Medicina conhece e nos permite conhecer, em ordem a habilitar o julgador a uma decisão, tanto quanto possível, fiel aos factos para os quais o Direito foi convocado e chamado a responder. Se assim não se proceder, sempre e em cada momento, atenta à realidade em apreço, mais cedo ou mais tarde concluir-se-á pela falibilidade de muitas decisões.

³ HENDERSON E. - *Caring for the forensic population: recognizing the educational needs of emergency department nurses and physician*. 2012, pp. 171-176.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A Traumatologia Forense

“A Traumatologia ou Lesonologia Médico-legal estuda as lesões e estados patológicos, imediatos ou tardios, produzidos por violência sobre o corpo humano, nos seus aspectos do diagnóstico, do prognóstico e das suas implicações legais e socioeconômicas. Trata também do estudo das diversas modalidades de energias causadoras desses danos.

É um dos capítulos mais amplos e mais significativos da Medicina Legal, constituindo cerca da metade das perícias realizadas nas instituições especializadas. Seu maior interesse volta-se principalmente para as causas penais, trabalhistas e civis.”⁴

A Traumatologia Forense é, portanto, o ramo da Medicina Legal que estuda a ação de uma energia externa sobre o organismo de um indivíduo, ou seja, quando determinada energia entra em contacto com o corpo, ou vice-versa. No momento em que ocorre a transferência de energia para o corpo, alterações podem ser observadas nas estruturas mais superficiais (epiderme) ou nas mais internas, como órgãos e demais estruturas musculares e osteoarticulares. A alteração anatômica e/ou funcional do corpo, relacionada à transferência de energia é denominada de lesão, que pode ser produzida no local da aplicação da energia (lesão direta) ou à distância (lesão indireta). Trauma é, portanto, o resultado de uma ação que possui energia capaz de produzir a lesão.⁵

Tal como refere DERRICK POUNDER⁶, a etimologia da palavra lesão provém do latim *laesio*, que significa “uma ferida”. Existem diferenças na aplicação dos termos lesão e ferida em Medicina e no Direito, sendo que a primeira é mais abrangente do que a segunda. Uma ferida é a interrupção na continuidade de um tecido, produzida por uma força externa. Uma lesão, pode ser definida não apenas como uma ferida produzida por uma força externa, mas também como um dano nos tecidos provocado por: calor, frio, ação de químicos, eletricidade ou radiação, sendo no fundo, descrita como qualquer ferida, doença ou degeneração dos tecidos, causando alteração nas suas funções ou

⁴ FRANÇA, G. V. - *Medicina Legal*. 2011, p.83.

⁵ EISELE, R. *et al.* - *Manual de Medicina Forense e Odontologia Legal*. 2003.

⁶ POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Wounds e Wounds II*. Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense.

estruturas. Podemos ainda acrescentar que uma ferida é um dano provocado por causas não naturais, enquanto que uma lesão pode surgir quer por causas naturais ou não.⁷

No Direito português uma lesão é abrangida na definição de dano corporal, que se traduz em um prejuízo primariamente biológico, resultado de um traumatismo, causando perturbações no organismo a nível funcional e estrutural, definição que será abordada mais detalhadamente a seguir.⁸

Podemos considerar, portanto, segundo FRANÇA⁹, as lesões corporais como, danos provocados pela ação de uma energia externa.

“A convivência no meio ambiental pode causar ao homem as mais variadas formas de lesões produzidas por alguns tipos de energias.

Essas energias dividem-se em:

- a. Energias de ordem mecânica;*
- b. Energias de ordem física;*
- c. Energias de ordem química;*
- d. Energias de ordem físico-química;*
- e. Energias de ordem bioquímica;*
- f. Energias de ordem biodinâmica;*
- g. Energias de ordem mista.”¹⁰*

Neste trabalho, abordaremos as energias de ordem mecânica, uma vez que estas são as mais frequentes e relevantes no Direito.

1.1. Energias mecânicas

Segundo FRANÇA¹¹, as energias de ordem mecânica são aquelas, geradas por instrumentos vulnerantes, que, atuando sobre um corpo, são capazes de modificar o seu estado inercial (de repouso ou movimento) produzindo lesões em todo ou em parte do mesmo. *“As lesões produzidas por ação mecânica podem ter suas repercussões externa ou internamente. Podem ter como resultado o impacto de um objeto em movimento contra o corpo humano parado (meio ativo), ou o instrumento encontrar-se imóvel e o*

⁷ POUNDER, Derrick, Op. Cit. 6.

⁸ MAGALHÃES, T. - *Apontamentos de Clínica Médico-legal*. (2003/2004).

⁹ FRANÇA, G. V. Op. Cit. 4, p. 83.

¹⁰ FRANÇA, G.V. *Ibidem*.







¹¹ FRANÇA, G.V. *Ibidem*.

corpo humano em movimento (meio passivo), ou, finalmente, os dois se acharem em movimento, indo um contra o outro (ação mista).”¹²

Estas energias agem por contacto e diretamente sobre a superfície do corpo através de diversos instrumentos, com mecanismos variados como: pressão, percussão, tração, torção, compressão, descompressão, explosão, deslizamento e choque.

De forma didática e sucinta, podemos caracterizar na energia mecânica as ações e suas respetivas lesões da seguinte forma:

Tabela 1

Caracterização dos Instrumentos vulnerantes	Lesões tipicamente geradas	Mecanismo de produção	Instrumentos vulnerantes típicos
Perfurantes	Lesão perfurante ou punctória 	Pressão-Penetração em um ponto	Prego, alfinete, agulha, picador de gelo, garfo, caneta
Cortantes	Lesão incisa ou cortante 	Ação deslizante superior à pressão exercida	Navalha, bisturi, lâminas, estilhaços de vidro, folha de papel
Contundentes	Lesão contusa 	Ação de choque, podendo haver ou não deslizamento (pressão - esmagamento)	Martelo, cassetete, bastão, pedra, socos e pontapés
Cortocontundentes	Lesão cortocontusa 	Ação mista (deslizante + pressão + esmagamento)	Machado, foice, enxada, facão, catana, dentes e unhas
Perfurocontundentes	Lesão perfurocontusa 	Ação mista (pressão + penetração + choque)	Projétil de arma de fogo, setas, besta
Perfurocortantes	Lesão perfurocortante 	Ação mista (pressão + deslizamento)	Faca, canivete, estilete, espada, punhal

É de salientar algumas propriedades, que irão influenciar a resposta dos tecidos à ação mecânica ou trauma.

A Elasticidade - deformação dos tecidos quando sujeitos a uma força externa, sendo que quando essa força é removida estes retornam à sua forma original; a Plasticidade – propriedade do corpo mudar de forma ao ser submetido a uma força sendo

¹² FRANÇA, G.V. *Ibidem*.

que muitas vezes é um processo irreversível; e a Viscosidade – propriedade de resistência dos tecidos em mudar de forma quando submetidos a tensão de cisalhamento. Assim sendo, diferentes tecidos terão diferentes propriedades biomecânicas e limites elásticos, sendo vulneráveis a diferentes forças e pressões. Por exemplo: a pele tem uma resistência elástica muito superior à da gordura e à dos vasos sanguíneos, o que permite que as equimoses sejam muito mais frequentes do que a laceração da pele, em casos de agressões.

Os vasos sanguíneos são mais resistentes à compressão do que à tensão. O osso é mais resistente às forças de compressão do que às de cisalhamento e torção (chama-se isso de anisotropia, ou seja, diferentes reações a diferentes aplicações da força). As vísceras ocas são mais vulneráveis à ação de compressão.

É possível constatar que a lesão ocorre quando a energia aplicada excede os limites elásticos (tolerância) de um tecido.¹³

As classificações variam entre os vários autores. A Literatura anglo-saxónica classifica as lesões de acordo com as três principais ações, dividindo-as em: ações contundentes “*blunt force injuries*”; cortantes “*sharp force injuries*”; ferimentos por armas de fogo “*gunshot injuries*”; e as demais como “*miscellany of others*”.¹⁴

Nos Tratados em Língua portuguesa observamos a classificação das lesões em: lesões contundentes; lesões perfurantes; lesões cortantes; lesões perfurocortantes; lesões cortocontundentes; e lesões perfurocontundentes.¹⁵

Segundo o Prof. Almeida Ribeiro¹⁶, “*pode dizer-se que instrumentos cortantes são os que actuam por uma linha no contacto inicial com o corpo lesado; instrumentos perfurantes os que inicialmente actuam por um ponto e instrumentos contundentes os que actuam por superfície.*”

1.1.1. Características das lesões geradas por meios mecânicos

a) LESÕES CONTUSAS

“Entre os agentes mecânicos, os instrumentos contundentes são os maiores causadores de dano. Sua ação é quase sempre produzida por um corpo de superfície, e suas lesões mais comuns se verificam externamente, embora possam repercutir na

¹³ POUNDER, D., Op. Cit. 6.

¹⁴ POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 1 – Blunt Force Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense.

¹⁵ FRANÇA, G. V. Op. Cit. 4 p. 83.

¹⁶ citado por LOPES, C. - *Guia de Perícias Médico-Legais*. 1958, p.247.

profundidade. Agem por pressão, explosão, deslizamento, percussão, compressão, descompressão, distensão, torção, fricção, por contragolpe ou de forma mista. São meios ou instrumentos geralmente com uma superfície plana, a qual atua sobre o corpo humano, produzindo as mais diversas modalidades de lesões. Essa superfície pode ser lisa, áspera, anfractuosa ou irregular. (...) A contusão pode ser ativa, passiva ou mista, de conformidade com o estado de repouso ou de movimento do corpo ou do meio contundente. É ativa a contusão quando apenas o meio ou o instrumento se desloca. É passiva quando só o corpo humano está em movimento. As mistas também são chamadas de biconvergentes ou biativas (quando o corpo humano e o instrumento se movimentam com certa violência). O resultado da ação desses meios ou instrumentos é conhecido geralmente por contusão.”¹⁷

A palavra “contusão” deriva etimologicamente do latim **contusio-onis** que significa o dano ou a lesão produzida por um instrumento, tipicamente, de média ou grande dimensão e pesado que se caracteriza por possuir arestas arredondadas, que atuam sobre qualquer parte da superfície corporal, movido por uma energia mecânica, que atinge os tecidos por meio de um mecanismo isolado de fricção, pressão, percussão ou tração; ou pela combinação de todos estes mecanismos.¹⁸

Segundo CALABUIG¹⁹ as contusões são lesões produzidas pela ação de objetos duros de superfície angulada ou arredondada, que atuam sobre o organismo por intermédio de uma força viva mais ou menos considerável. Assim sendo, dependendo das características dos objetos contundentes e da quantidade de força aplicada na ação, os efeitos lesivos serão diversos.

Se um corpo atinge ou é atingido por uma superfície contusa, a absorção da energia cinética proveniente da ação, irá alterar a integridade anatômica do local afetado, e de tal, resultará uma lesão. Esta alteração estrutural poderá ocorrer através de mecanismos de força direta como tensão (a lesão é produzida por afastamento dos tecidos), pressão (a lesão é produzida pelo peso ou pela ação continuada da força do instrumento), fricção (a lesão é produzida quando uma parte do corpo passa tangencialmente e com alguma força sobre um plano duro), tração (a lesão é produzida quando qualquer parte corporal é arrastada ou arrancada), ou ainda, através de mecanismos de força indireta como lesões de contragolpe (concussão cerebral) ou

¹⁷ FRANÇA, G. V. Op. Cit. 4 pp. 87-88.

¹⁸ ALVAREZ, M. – *Estudio de las contusiones. Signos de lucha e signos de defensa*. p. 3.

¹⁹ CALABUIG, G. et al. - *Medicina Legal y Toxicología*. 2004, p. 360.

lesões produzidas por hiperpressão vascular (máscara equimótica de *Morestin*²⁰) pela combinação de dois ou mais mecanismos, como ocorre nos casos de atropelamento, precipitação, etc.²¹

A continuidade entre um trauma externo (por exemplo, lesões cutâneas) e interno é prova de que foi aplicada uma força direta, no entanto é de salientar que poderão ocorrer traumas internos sem que existam sinais externos aparentes. Mas este fator permite-nos concluir que a presença de uma lesão e a sua extensão nos tecidos depende diretamente da quantidade de força exercida na ação.²²

Segundo DiMAIO²³, a gravidade, extensão e aparência das lesões contusas dependem diretamente de:

- Quantidade de força com que a ação foi efetuada;
- O espaço temporal ao longo do qual esta força foi aplicada;
- A região afetada;
- A extensão de superfície corporal atingida;
- A natureza e características do objeto contundente.

Assim sendo, por exemplo, se um objeto contundente se deformar ou partir com o impacto no corpo, dessa ação resultará que menos energia será transferida para o corpo, o que poderá diminuir a gravidade da lesão, uma vez que parte dessa energia é usada no próprio objeto ao partir ou deformar. Similarmente, se o corpo se mover em conjunto com o objeto, isto fará com que a transferência de energia se prolongue mais no tempo e como tal há uma redução da gravidade da lesão.

Quanto mais extensa for a área sobre a qual a força ou a energia é aplicada, menos grave será a lesão. E como tal, para determinar as características de uma lesão contundente há que ter sempre em atenção a natureza do objeto e a região do corpo afetada.

“Os instrumentos contundentes são os que actuam por meio de superfície relativamente extensa, não sendo possível enumerá-los todos, dada a grande variedade dos instrumentos ocasionais: entre os habituais, podem mencionar-se os órgãos de

²⁰ Quando há compressão do tórax e/ou abdómen, evitando os movimentos respiratórios, surge o Sinal de *Morestin*, que se traduz numa cor violácea da face, pescoço e parte superior do tórax, derivado do refluxo da veia cava superior. Reconhecido na Medicina Legal, no estudo da Asfixiologia Forense, por sufocação indireta.

²¹ RAMSAY, D.A. *et al.* - *Forensic Pathology of Trauma*. 2007, p. 406.

²² RAMSAY, D.A. *et al.*, *Ibidem*

²³ DIMAIO, V. J. *et al.* - *Forensic Pathology*. 2001, p. 108.

defesa e de ataque dos homens e dos animais (mãos, unhas, pés, etc.), as bengalas, os cajados, as coronhas de armas e fogo e as pedras.”²⁴

Os instrumentos contundentes são tão abundantes e variados que pode afirmar-se que todos os objetos que rodeiam o homem são suscetíveis de realizar uma ação contundente. Para simplificar, estes podem dividir-se em três grandes grupos:

1. Instrumentos expressamente construídos e aplicados como agentes de contusão para a defesa e o ataque: cassetete, luvas de boxe, etc.
2. Meios naturais de defesa e de ataque do homem e dos animais: mãos, unhas, pés, dentes, garras, presas, etc.
3. Objetos ou instrumentos de uso habitual pelo homem, com finalidades distintas e que acidentalmente servem como armas contundentes: martelos, bastões, barras de ferro, culatras de armas, etc., em geral todos os objetos rijos de superfície irregular que existem ao nosso redor, tais como pedras, fragmentos, veículos ou as suas partes salientes, etc.²⁵

Como já referido acima, existem vários métodos para classificação das lesões. O anglo-saxónico classifica as lesões contundentes como “*blunt force injuries*” subdividindo-as em “*abrasions*” (escoriações), “*bruises*” (o equivalente às equimoses), “*lacerations*” e “*wounds*” (feridas). No entanto CALABUIG²⁶ e FRANÇA²⁷ são mais abrangentes diferenciando cada tipo de lesão contundente.

Como tal, CALABUIG²⁸ diferencia estas lesões através de uma ordem convencional, como contusões simples, que são aquelas em que existe apenas um mecanismo causador da contusão, e as contusões complexas, em que estão associados mais do que um mecanismo causador da contusão (unidos, por vezes, a outros tipos de lesões, como aqueles provocados por ação térmica, etc.).

a.1) Contusões simples

Estas podem ser divididas em dois grandes grupos, através dos seus efeitos lesivos.

a.1.1) Contusões simples com integridade da pele

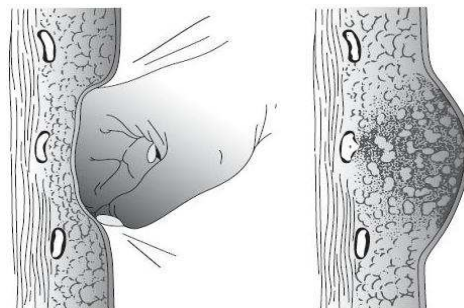


Fig. 1 – Processo de formação de uma equimose após uma ação mecânica contundente.

(Fonte: McLAY, W.D.S. - *Clinical Forensic Medicine*. 2009, p. 102)

²⁴ LOPES, C. - *Guia de Perícias Médico-Legais*. 1958, p. 249.

²⁵ CALABUIG, G. *et al.* Op. Cit. 19, p. 360 e ss.

²⁶ CALABUIG, G., *Ibidem*

²⁷ FRANÇA, G. V. Op. Cit. 4, p. 87 e ss.

²⁸ CALABUIG, G., *Ibidem*

➤ Equimoses

Segundo FRANÇA²⁹, as equimoses são infiltrações hemorrágicas nas malhas dos tecidos, e para que esta se verifique é necessário que exista um plano mais resistente abaixo da região traumatizada permitindo assim o extravasamento sanguíneo. É este extravasamento sanguíneo que irá dar à equimose a sua fisionomia peculiar, que, por estar localizado debaixo da pele, reproduzir-se-á à sua superfície uma coloração especial e específica, que será um dado fundamental para a informação médico-legal. (Fig. 1)

Em geral as equimoses são superficiais e são “uma prova irrefutável de reação vital”³⁰

CALABUIG³¹ divide-as em diversas categorias, segundo a intensidade da contusão e consequente derrame sanguíneo. Como tal podemos encontrar:

- Equimoses propriamente ditas - em que o sangue se infiltra nos tecidos sob a forma laminar; as equimomas, “como sinónimo de equimose de grande proporção, é expressão pouco usada entre nós”³² (Fig. 2);
- Sugilações - surgem através de sucção (os característicos “chupões”);
- Petéquias - são equimoses de pequenas dimensões “quase sempre agrupadas e caracterizadas por um pontilhado hemorrágico”³³, muito presente na morte por asfixia, apresentando-se ao nível da face e das conjuntivas;
- Hematomas – processo em que há um extravasamento de um vaso sanguíneo de grande calibre e, ao invés de se infiltrar no tecido celular, o sangue acumula-se numa bolsa sanguínea, sendo que através de palpação é possível aferir a sensação de flutuação, “o hematoma, em geral, faz relevo na pele, tem delimitação mais ou menos nítida e é de absorção mais demorada que a equimose. Pode também ser profundo e encontrado nas cavidades ou dentro dos órgãos”.³⁴ É frequentemente produzido por traumatismos tangenciais, em que o deslizamento de um



Fig. 2 – Equimose no braço de uma mulher. É possível verificar que esta equimose tem uma impressão dos dedos do agressor.

(Fonte: DIX, J. - Color Atlas of Forensic Pathology. 2000, p. 31)

²⁹ FRANÇA, G. V. Op. Cit. 4, p. 89.

³⁰ THOINOT citado por FRANÇA, G. V., Op. Cit. 4, p.90.

³¹ CALABUIG, G. et al, Op. Cit. 19, pp.360-361.

³² FRANÇA, G. V., Op. Cit. 4, p.90

³³ FRANÇA, G. V., *Ibidem*.

³⁴ FRANÇA, G. V., Op. Cit. 4, p.92

plano sobre o outro provoca a rutura brusca dos vasos, e por traumatismos verticais de grande intensidade, devido ao esmagamento dos tecidos;

- Bossa sanguínea – “*diferencia-se do hematoma por apresentar-se sempre sobre um plano ósseo e pela sua saliência bem pronunciada na superfície cutânea*”.³⁵ O sangue coagula ao entrar em contacto com os tecidos, formando uma espécie de pequena bola dura vulgarmente conhecida como “galo”. É um traumatismo muito típico no couro cabeludo.

CALABUIG³⁶ chama à atenção e faz salientar ainda a importância das características gerais da pessoa (vítima), tais como a idade, a sua constituição física ou possíveis doenças³⁷ e também as características do local afetado pela lesão, pois o facto de estar presente ou ausente um plano ósseo subjacente ou a vascularização da região afetada e a disposição anatómica do tecido celular subcutâneo, são fatores que irão influenciar a aparência de uma equimose.

Na perícia médico-legal, é necessário ter em atenção alguns fatores³⁸:

- **Local anatómico** – Algumas regiões são mais vulneráveis, como por exemplo, a face, onde devido à sua grande vascularização, e por apresentar características peculiares, como grupamentos musculares mais sensíveis, com escasso tecido adiposo protegendo saliências e protuberâncias ósseas. Já em indivíduos obesos ou em áreas com muito tecido adiposo, como as nádegas, a gordura assume um papel de proteção. Regiões do corpo com tecido celular subcutâneo mais denso como a região palmar, o couro cabeludo e a parede abdominal, tendem a sofrer menos equimoses.

É de salientar que o extravasamento sanguíneo tende a fluir a favor da gravidade e do movimento corporal, como tal nem sempre o local onde surgem as equimoses é o mesmo local onde ocorreu o trauma. Por exemplo, um trauma na têmpora, faz com que o sangue grave até às órbitas, depositando-se no local e formando uma equimose periorbitária. Nas fraturas do úmero proximal, é comum a formação de uma extensa equimose localizada no cotovelo, o que assusta os menos avisados.

³⁵ FRANÇA, G. V., Op. Cit. 4, p.92.

³⁶ CALABUIG, G. *et al*, Op. Cit. 19, pp.360-361.

³⁷ Existem certas doenças que alteram o mecanismo de coagulação do sangue, influenciando o aparecimento e aspeto das equimoses, tais como o escorbuto, leucemia, cirrose hepática, meningococemia (que afeta principalmente crianças). Todas estas doenças irão exagerar o aparecimento e aspeto das equimoses sob qualquer trauma. (POUNDER, D., Op. Cit. 6.).

³⁸ McLAY, W.D.S. - *Clinical Forensic Medicine*. 2009, pp. 101-103.

Quanto mais superficial for a hemorragia, mais precoce será a reabsorção e a sua observação, o que é perfeitamente detetável através de uma rápida descoloração da equimose, visível na pele.

Algumas equimoses podem surgir apenas alguns dias após o traumatismo, o que justifica que, numa eventual re-observação num intervalo de um ou dois dias, se possa constatar equimoses, que não foram encontradas aquando do primeiro exame pericial.

- **Idade da vítima** – os idosos e as crianças tendem a adquirir equimoses mais facilmente, devido às mudanças degenerativas dos vasos (nos idosos), à menor ligação fibrosa entre o músculo e a pele e à delicadeza da própria



pele (nas crianças). No caso dos idosos estas equimoses denominam-se “Púrpura Senil” (Fig. 3);

Fig. 3 – Exemplo de uma “Púrpura Senil” na mão esquerda de um idoso.

(Fonte: DOLINAK, D., et al. - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 125)

- **Sexo da vítima** – as mulheres tendem a adquirir equimoses mais facilmente que os homens porque têm maior proporção de gordura subcutânea, principalmente na zona das ancas e peito. No entanto um indivíduo obeso também pode apresentar estas características independentemente do sexo.
- **Possíveis doenças da vítima** – Indivíduos com discrasias sanguíneas, alteração dos mecanismos de coagulação (hemofilia, cirrose hepática como no alcoolismo crónico), doenças degenerativas vasculares (arteriosclerose), ou com hipertensão arterial, tendem a sofrer equimoses com mais facilidade e uma reabsorção mais prolongada.
- **Cor da pele da vítima** – apesar de este fator não influenciar a extensão e aparecimento da equimose, irá influenciar a sua observação. Num indivíduo de cutis negra a equimose pode não ser visível, e nestes casos, o uso de uma luz ultravioleta aquando da perícia médico-legal poderá evidenciar as equimoses não visíveis a luz branca (ou habitual).
- **Extensão da equimose** – o tamanho de uma equimose não está necessariamente relacionado com a gravidade do traumatismo. A equimose é resultado de uma hemorragia com reação vital. Nos casos fatais, esta pode ser pouco exuberante, como nas mortes imediatas, ou

ainda ser formada logo após a morte, num curto espaço de tempo, conhecido como o período de incerteza de *Toudes* (cerca de 6 horas antes e após a morte, onde alguns fenômenos de reação vital ainda podem ser encontrados).

Normalmente, as equimoses apenas indicam algum traumatismo, não aludindo ao possível objeto que as causou, no entanto, com determinados instrumentos contundentes, a equimose pode guardar a forma deste, reproduzindo-a à superfície da pele.

Existem alguns exemplos típicos de equimoses com padrão como a equimose em forma de “donut”, tipicamente provocada por um objeto com contornos arredondados (ex.: bolas); duas equimoses lineares e paralelas entre si, tipicamente provocadas por bastões, cassetetes, tacos de baseball; pequenas equimoses espaçadas entre si, tipicamente provocadas pelas pontas dos dedos em ações como esganadura (quando localizadas no pescoço) ou apertar com força (quando localizadas nos braços e pernas) (tal como visto na Fig. 2); e ainda equimoses com padrões específicos como a impressão do cano de uma arma de fogo ou a impressão do pneu na pele, em casos de atropelamento (“Sinal das estrias de Simonin”).³⁹ (Fig. 4.)



Fig. 4 – Exemplo de equimoses com padrão impresso de um pneu, “Sinal de estrias de Simonin”, típicas dos atropelamentos. (Fonte: DOLINAK, D., et al.- *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 127)

“A forma das equimoses significa muito para os legistas. Às vezes, imprime com fidelidade a marca dos objetos que lhe deram origem (equimoses figuradas). Fivelas de cinto, saltos de sapato, estrias de pneus de automóveis (estrias pneumáticas de Simonin) e tranças de corda podem deixar suas impressões. A equimose de sucção, provocada pelo beijo, imprime, vez por outra, em regiões como o pescoço e o colo, a forma dos lábios, explicada pela diferenças das pressões infra e extravasal dando um aspecto de “violetas róseo-equimóticas”.

Quando a equimose é produzida por objetos cilíndricos, como bastões, cassetetes, bengalas, deixa, em vez de uma marca, duas equimoses longas e paralelas,

³⁹ POUNDER, D., Op. Cit. 14.

conhecidas por víbices, em virtude de o extravasamento do sangue verificar-se ao lado do traumatismo e não na sua linha de impacto.”⁴⁰ (Fig. 5)

É de salientar que esta morfologia, só se mantém durante um espaço de tempo, uma vez que os processos de reabsorção vão fazer com que os padrões impressos na equimose se desvançam, daí a grande importância de documentar fotograficamente este tipo de lesões (tema que iremos discutir mais a diante).



Fig. 5 – Exemplo de equimoses com padrão linear e paralelo.
(Fonte: Foto gentilmente cedida pelo Dr. Carlos Durão)

A determinação da idade de uma equimose é alvo de muitos trabalhos. No entanto não existe um consenso ou uma técnica específica, provada cientificamente, capaz de determinar com precisão a idade das equimoses (apesar de a mais aceite ser aquela observada pela sua coloração). Isto deve-se ao simples facto de cada indivíduo possuir o seu próprio e único espectro de respostas fisiológicas, e como o processo de cura é nada mais que um processo fisiológico, não é possível determinar com precisão a idade de uma contusão.⁴¹

No entanto o que os investigadores na área forense sabem é que quando há extravasamento de sangue para os tecidos, a transformação química da hemoglobina fora do vaso sanguíneo leva a mudanças cromáticas na evolução da equimose com o tempo. E como tal surge a classificação clássica do espectro equimótico de *Legrand du Saulle* em forma de estimar aproximadamente a idade das equimoses: avermelhado, vermelho-violáceo, azulado, esverdeado e amarelado.⁴²

O Prof. Anelino José de Resende⁴³ apresenta de forma muito clara e precisa, citando vários autores, as características, especificidades e alguns problemas na classificação da evolução das equimoses:

“A cor da equimose poderia, segundo a literatura, indicar também a idade da lesão. Classicamente é descrita como sendo inicialmente avermelhada, depois evoluindo para azulada e,

⁴⁰ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.90

⁴¹ DOLINAK, D. *et al.* - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 128.

⁴² EISELE, R., Op. Cit. 5.

⁴³ RESENDE, A.J.: Professor de Medicina Legal do Centro Universitário de Brasília e Médico Legista aposentado do Instituto de Medicina Legal do DF, ex- presidente da Associação Brasileira de Medicina Legal, (2012). [Em linha]. [Consult. 20 de Agosto 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://periciamedicalegal.com.br/>

subsequentemente, esverdeada e amarelada, finalmente voltando, a pele, a sua cor normal. Criaram-se tabelas estabelecendo prazos para o surgimento dos diversos tons que caracterizam o espectro equimótico. E, com isso ao se constatar no exame a tonalidade da equimose seria estabelecida a data provável de sua produção.

Entretanto, diversos fatores, tais como: diversidade biológica, localização, extensão e profundidade e cor da pele, podem alterar a evolução e visualização a olho nu do espectro equimótico. Não existe um processo geral, mas particular para cada equimose. É possível um mesmo indivíduo apresentar equimoses produzidas no mesmo tempo evoluindo, algumas logo a amareladas enquanto outras permanecem azuladas. Um exame que leve em consideração apenas a tonalidade afirmaria terem sido produzidas em tempos diferentes.

(...) A quase totalidade dos autores pesquisados, apesar de reconhecerem os fatores de intervenção na evolução cromática das equimoses, emprega uma tabela, com as variáveis tempo (em dias), e cor da lesão. Assim a cada cor corresponderia certo intervalo de tempo, permitindo então determinar-se a data da lesão (...).

De Flamínio Fávero (1991:292-294) extraímos: “Equimoses superficiais, no vivo, aparecem, em geral, na região traumatizada. São manchas de aspecto variável, de colorido, inicialmente, vermelho na pele, depois evoluindo para o roxo, o violáceo, o azul, o verde e o amarelo, até desaparecimento completo de qualquer tonalidade. Em certas regiões como a conjuntiva, as equimoses mantém, até o completo desaparecimento o mesmo colorido vermelho. Equimoses profundas apresentam-se de coloração preto, mantendo o colorido durante todo o tempo de evolução. No cadáver, o colorido da equimose é o mesmo que foi fixado em vida, sofrendo modificações, apenas, consequentes à putrefação. A data de uma equimose será diagnosticada pelo exame macroscópico, microscópico e químico da região e dos respectivos gânglios. Para isso, estudar-se-á a gama de colorido próprio, do vermelho ao amarelado, traduzindo a competente desintegração do pigmento sanguíneo. Atendamos, quando necessário tirarmos conclusão a esse respeito, que essa evolução está sujeita a variações condicionadas a fatores extrínsecos e intrínsecos. Entre os primeiros convém referidos a natureza do agente, os caracteres deste e o grau de violência. Os segundos são locais (sede, profundidade, importância, volume e extensão da hemorragia) e gerais (idade e saúde)”. (Fig. 6)



Fig. 6 - Equimose violácea em permeio à tumefação traumática. Agressão. Note a hemorragia da esclera que permanece com a mesma tonalidade até a sua completa reabsorção.
(Fonte: Imagens gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão)

Hermes Alcântara (1982:49-50) cita o “espectro equimótico” de Legrand du Saulle: “de início a cor vermelha transforma-se em um tom vermelho violáceo, do terceiro ao sexto dia acentua-se a cor azulada que vai passando a esverdeada do sétimo ao décimo segundo dia e ao amarelado do décimo terceiro ao vigésimo dia, para em seguida voltar à cor da pele vizinha”. Apresenta uma tabela de evolução cromática da equimose, mas frisa: “Muitos fatores modificam esse espectro, v.g.: a oxigenação da hemoglobina na equimose da conjuntiva ocular, deixando-a avermelhada até sua completa reabsorção; a superficialidade e pequena dimensão acelerando a evolução”.

Cor	Evolução
Preto	Do início ao 3º dia
Azulada	Do 4º ao 6º dia
Esverdeada	Do 7º ao 12º dia
Amarelada	Do 13º ao 21º dia
Desaparecimento	Depois do 22º dia

Arbens (1988:350-351) opina sobre o espectro e apresenta a seguinte sequência evolutiva: “O sangue contido nas malhas do tecido conjuntivo vai aos poucos sendo reabsorvido, o que se traduz externamente pelo assim chamado “espectro equimótico”, que permite esclarecer: 1) a época da violência; 2) se houve violências em dias diferentes”. “A escala cromática tem aproximadamente a seguinte sequência: vermelho-violácea no primeiro dia; violácea até o fim do segundo dia; azulada entre o terceiro e o sexto dia; esverdeada entre o sétimo e o décimo segundo dia (tendendo para o verde-amarelado no fim deste período); amarelada e cada vez mais clara até o vigésimo dia, a partir do qual tudo volta à normalidade, com “restitutio ad integrum”. A seguir a tabela descrita:

Cor	Evolução
Vermelho-violácea violácea	Do início ao 2º dia
Azulada	Do 3º ao 6º dia
Esverdeada	Do 7º ao 12º dia
Verde-amarelada amarelada	Do 13º ao 20º dia
Desaparecimento	À partir do 21º dia

Segundo Hélio Gomes (1989:472-474): “Quanto à possibilidade das equimoses poderem precisar a época do atentado, há certa divergência entre autores como Dévergie, Tourdes, Vibert, Velpeau, etc. De modo geral, pode-se admitir com Dévergie que a cor das equimoses é lívida ou vermelho-bronzeada no primeiro dia, preto no segundo ou terceiro dia, azul do terceiro ao sexto dia, verde entre o sétimo e o décimo segundo dia, e amarelada do décimo terceiro ao décimo sétimo dia”.

Cor	Evolução
Lívida ou Vermelho-bronzeada	No 1º dia
Preto	No 2º ou 3º dia
Azul	Do 3º ao 6º dia
Verde	Do 7º ao 12º dia
Amarelada	Do 13º ao 17º dia

Em Hilário Veigade Carvalho (1992:123-126) encontramos a seguinte utilização do espectro, e novo alerta: “A cor vermelha, inicial, muda de tom e se esmaece com o passar dos dias. Costuma-se indicar uma certa cronologia, assaz variável em sua sequência, pela variabilidade geral pertinente a todos os processos biológicos, mas que se encadeia mais ou menos dentro deste esquema: a cor vermelha inicial passa a vermelho-violácea; do terceiro ao sexto dia, acentua-se o colorido azulado, que vai passando a esverdeado do sétimo ao décimo segundo dia, e ao amarelado do décimo terceiro ao vigésimo dia; em seguida volta a cor natural da epiderme vizinha. Esta mudança de tons é conhecida com “espectro equimótico”, segundo Legrand du Saulle. A variação de cor vai-se processando da periferia para o centro da equimose.

Alguns fatores que podem influenciar este aspecto e esta cronologia são: o tamanho da equimose, nas menores a evolução será mais rápida; a localização, é sabido que equimoses da conjuntiva ocular mantêm o colorido vermelho até sua reabsorção; fatores pessoais, como a juventude e boas condições biodinâmicas, além da variação geral biológica já referida.

As equimoses profundas, em geral volumosas, mantêm o colorido vermelho-escuro que desde o início assumem.

No cadáver a equimose mantêm seu colorido até que haja a intercorrência dos elementos putrefativos”.

Cor	Evolução
Vermelha a Vermelho-violácea	Do 1º ao 2º dia
Azulado	Do 3º ao 6º dia
Esverdeado	Do 7º ao 12º dia
Amarelado	Do 13º ao 20º dia
Desaparecimento	À partir do 21º dia

Nilson Sant'Anna (1988:203-206), no livro Controvérsias em Medicina Legal– Discussão Através de Pareceres Técnicos apresenta o seguinte parecer, respondendo a quesito especial formulado pelo Juízo da 4ª Vara Federal : “As alterações cromáticas observadas na involução de uma equimose correm, rigorosamente, em prazos certos?”

Pesquisou diversos autores (Hélio Gomes, C. Simonin, Almeida Junior, Draper, Legludice, Baltazard, Lopes Vieira, Souza Lima, Afrânio Peixoto, R. Royo-Villanova, Dévergie, Lecha Martinez, Tanner de Abreu, Lafaurie, Oscar Freire, Sir Sydney Smith), além da própria observação pessoal, quanto às variações na data do aparecimento das cores do espectro equimótico, assim como quanto ao tempo para reabsorção total da equimose.

Encontrou discordâncias e as atribuiu a: “fatores específicos não apontados pela maioria dos autores ao apresentarem o quadro geral evolutivo das cores. Dentre esses fatores destaca: o grau de profundidade, a extensão e o volume do sangue derramado, a espessura dos tecidos da região atingida, a idade do ofendido, a constituição individual, a terapêutica realizada, além de outras circunstâncias menos representativas em importância. Lembra que equimoses pós-fraturas, situadas entre a solução de continuidade óssea, surgem mais tardiamente e também desaparecem mais lentamente”.

Finalmente, conclui que: “não se pode emitir rigorosamente prazos certos na involução de uma equimose. Antes, são bastante variáveis, consoante as múltiplas circunstâncias.”.

É certo que a análise evolutiva do espectro equimótico é muito variável e dependente de diversos fatores, mas é possível retirar de toda a literatura revista, alguns pontos comuns que não deixam margem para dúvida a nível clínico e pericial: quando surge uma equimose, caso esta seja macroscopicamente visível, ela tende a ter uma coloração avermelhada e tende a ser acompanhada por alguma dor; entre o vigésimo dia e o vigésimo terceiro dia após o seu aparecimento, ela desvanece (é reabsorvida), voltando a pele à coloração normal; antes de ser reabsorvida, a equimose tende a adquirir uma coloração amarelada, e já não se faz acompanhar de dor; as equimoses da conjuntiva ocular não sofrem esta

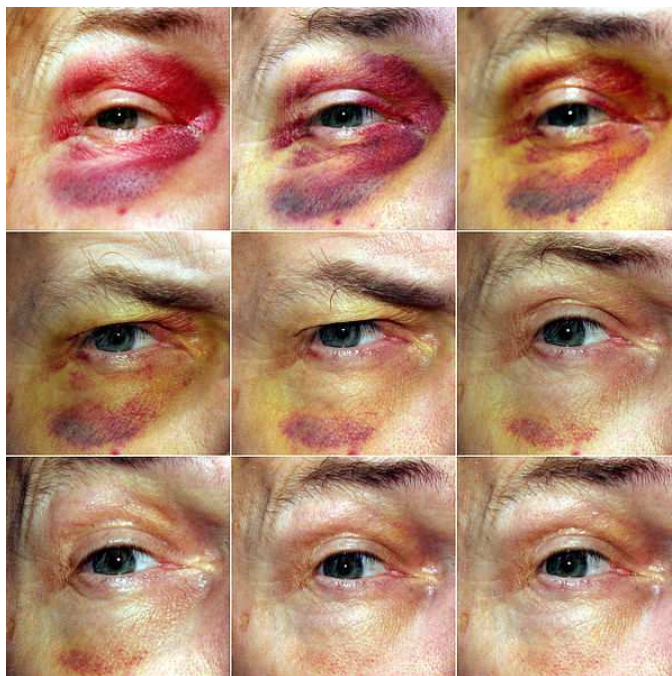


Fig. 7 – Evolução cromática de uma equimose, ao longo de 10 dias. A começar da esquerda para a direita, de cima para baixo.

(Fonte: Fotógrafo: Armin Kübelbeck, CC-BY-SA, Wikimedia Commons. [Em linha]. [Consult. 20 de Outubro 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Black_Eye_01.jpg)

sucessão de tonalidades, uma vez que a conjuntiva tem grande oxigenação o que faz com que a equimose se mantenha sempre avermelhada até a sua total reabsorção; a variação cromática da equimose processa-se, normalmente da periferia para o centro, até desaparecer totalmente. (Fig. 7)

Como apanhado geral a nível das contusões simples que originam equimoses podemos citar CARLOS LOPES⁴⁴:

“Segundo LACASSAGNE, as equimoses, inicialmente de cor vinosa, escurecem do 2º ao 3º dia, azulam do 3º ao 6º, esverdeiam do 7º ao 12º e amarelecem do 13º ao 20º dia, ficando sempre mais escura a parte central. (...)”

As equimoses podem ser superficiais ou profundas, podendo estas aparecer tardiamente sob a pele ou as mucosas – facto que, como diz VIBERT, explica as divergências que, algumas vezes, existem em relatórios de médicos encarregados de examinar a mesma pessoa, em épocas diferentes. A sua extensão depende da região atingida, da violência do traumatismo (...) e da extensão e forma da superfície traumatizante. Nos hemofílicos, nos escorbúticos e nos indivíduos de tecidos delicados (crianças e algumas mulheres) não é necessária grande violência para produzir equimoses cutâneas.”

➤ Contusões profundas

Segundo CALABUIG ⁴⁵, estes tipos de contusões ocorrem devido a um trauma violento. Quando, à zona atingida, não se encontra subjacente um plano ósseo, a elasticidade da pele pode permitir que esta se mantenha intacta, tornando-se pouco óbvias as lesões que podem ter sido provocadas, como tal, o exame pericial deverá ser realizado sob um olhar crítico e observador. Apesar de muitas vezes não detetáveis a “olho nu”, estes tipos de lesões advêm de um trauma que pode provocar danos internos muito graves que podem levar à morte da vítima, como equimoses profundas, deslocação ou prolapso dos órgãos (quando sujeitos a grande pressão) ou ruturas viscerais. O facto de se determinar que existem contusões profundas aquando da perícia, como por exemplo a rutura de um órgão, é um valioso indicativo da violência do traumatismo.

“Um impacto violento sobre o corpo humano pode resultar em lesões mais profundas, determinando roturas de órgãos internos. Os ferimentos externos nem sempre são proporcionais ao carácter grave dos resultados internos.”

⁴⁴ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 250-251.

⁴⁵ CALABUIG, G. et al, Op. Cit. 19, p.363

Há circunstâncias que condicionam ou agravam essas lesões: força do traumatismo, região atingida, condições fisiológicas especiais (útero grávido, repleção da bexiga, do estômago e dos intestinos), certas condições patológicas, um baço ou um fígado aumentados são mais facilmente atingidos.”⁴⁶

Segundo HOFMANN⁴⁷, o órgão mais predisposto a sofrer uma rutura é o fígado, seguindo-se o baço, os rins, os pulmões, o coração, o cérebro e por último os órgãos ocos, como o estômago, os intestinos e a bexiga.

➤ Derrames serosos e derrames cavitários

“Os derrames serosos (linfa) resultam principalmente da acção tangencial do instrumento contundente.”⁴⁸

O tecido que une a aponevrose à pele é rasgado e como tal a pele fica solta. Este tipo de contusão é muito característico nos acidentes de viação, quando o pneu do veículo passa por cima da vítima. A título pericial, é possível verificar a contusão superficial que este tipo de trauma causa, sendo que a vítima poderá ter uma diminuição da sensibilidade da região afetada, quando ocorre lesão dos nervos sensitivos dessa região. Aproximadamente ao fim de 12 dias surge uma coleção líquida formada por linfa e algum sangue. Ao toque é perceptível a sensação de flutuação ou “de onda”. Uma vez que a linfa não coagula, não há reabsorção espontânea e como tal a coleção líquida terá que ser extraída.⁴⁹ Este é o chamado descolamento traumático de *Moréll Lavallée*.⁵⁰ (Fig. 8 e 9)



Fig. 8 - Lesão com descolamento traumático de *Moréll Lavallée* na coxa de um homem, após traumatismo contuso. Na ecografia é possível notar a coleção líquida gerada pelo hematoma consequente as lesões do tecido celular subcutâneo.

(Fonte: Caso gentilmente cedido pelo Dr. Carlos Durão – in Descolamento de *Moréll Lavallée* – caso clínico apresentado no 34º Congresso Nacional de Ortopedia – 2014)

⁴⁶ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 95.

⁴⁷ citado por CALABUIG, G. et al., Op. Cit. 19, p. 363

⁴⁸ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 251

⁴⁹ CALABUIG, G. et al., Op. Cit. 19, pp. 363-364.

⁵⁰ DURÃO, C. et al. – *Aspectos Forenses das lesões ortopédicas nos atropelamentos*. 2014.

Os derrames cavitários dão-se quando o trauma contundente recai sobre uma cavidade como tórax, abdómen ou articulações. A sua natureza pode ser hemática (hemotórax, hemoperitонеu) ou serofibrinosa. Os primeiros podem dar-se por efeito direto do traumatismo caso haja rutura de um vaso. Os segundos raramente são por efeito direto do traumatismo, mas sim uma consequência infeliz das lesões sofridas, como por exemplo, quando após fratura permanece um fragmento ósseo gerando um conflito mecânico na origem de um derrame seroso.⁵¹

O volume do derrame sanguíneo depende do calibre do vaso danificado e da capacidade da cavidade.

Tanto os derrames sanguíneos como os serofibrinosos, são de reabsorção lenta, obrigando á imobilização da vítima durante um prolongado período de tempo, e podem deixar sequelas.⁵²



Fig. 9 - Variante aberta da Lesão de Moréll Lavallée. (Fonte: DURÃO, C. in Revista Portuguesa de Ortopedia)

➤ Fraturas, luxações e entorses

CARLOS LOPES⁵³ e FRANÇA⁵⁴ classificam-nas como lesões contusas.

As fraturas “decorrem dos mecanismos de compressão, flexão ou torção e caracterizam-se pela solução de continuidade dos ossos. São chamadas diretas, quando se verificam no próprio local do traumatismo, e indiretas, quando provêm de violência numa região mais ou menos distante do local fraturado. Estas últimas têm como exemplo o indivíduo que cai de uma certa altura em pé e fratura a base do crânio por contragolpe.

A fratura pode estar reduzida a um simples traço ou a vários traços. Ou, ainda, reduzida a vários fragmentos, tomando a denominação de fratura cominutiva.

Algumas vezes, é a fratura fechada (subcutânea) e, outras vezes, aberta (exposta). Quanto à sua extensão, dividem-se as fraturas em completas e incompletas.

⁵¹ CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 19, p. 364.

⁵² CALABUIG, G. *et al.*, *Ibidem*, p. 364.

⁵³ LOPES, C., Op. Cit. 24, pp. 250-252

⁵⁴ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.93

Nas crianças, pelo fato de terem o esqueleto mais cartilaginoso pode haver apenas a deformação do osso sem fratura ou esta apresentar-se de forma incompleta (fratura em galho verde).”⁵⁵ (Fig. 10)



Fig. 10 – Da esquerda para a direita: Fratura exposta observada no Serviço de Urgência; Fratura incompleta dos ossos do antebraço de uma criança. (Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão)

“Nas fracturas do crânio, o perito deve verificar se a espessura dos ossos é normal ou se está notavelmente diminuída; é bem conhecida a fragilidade dos ossos das regiões orbitária e temporal, fragilidade a que o perito terá de atender quando se pronunciar sobre a violência com que o instrumento agressivo foi manejado...”⁵⁶

“Como perito deveis assinalar o facto desta fragilidade excepcional, que poderá ser invocada a favor do culpado.”⁵⁷

Tal como refere FRANÇA⁵⁸, a violência da ação do agente traumático e o local onde se exerce a ação são fatores que podem causar fraturas.

“O diagnóstico da fratura deve ser orientado pela dor local espontânea e aumentada com os movimentos e pela palpação, redução dos movimentos, deformidades, execução de movimentos anormais, sensação pela palpação de ossos crepitando e, principalmente pelos Raios X.”⁵⁹

As luxações caracterizam-se pelo deslocamento de dois segmentos ósseos que compõem a articulação, desunindo-a. A principal causa de luxação consiste num

⁵⁵ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 93

⁵⁶ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 252.

⁵⁷ P. Brouardel – 1906, citado por LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 252

⁵⁸ FRANÇA, G.V. *Ibidem*, pp. 93-94.

⁵⁹ FRANÇA, G.V. *Ibidem*.

traumatismo violento que provoca uma insuficiência nos elementos de sustentação da articulação (ligamentos, cápsula articular, tendões e músculos) e a deslocação do osso, que deixa de estar congruente à articulação. As mais comuns são no pé, tornozelo, joelho, ombro e cotovelo.⁶⁰

As entorses “são lesões articulares provocadas por movimentos exagerados dos ossos que compõem uma articulação, incidindo apenas sobre os ligamentos. (...) A sintomatologia mais comum é a dor intensa, ao nível da articulação atingida, que se exacerba com a movimentação ativa ou passiva e pela palpação.”⁶¹

a.1.2) Contusões simples com lesão cutânea

➤ Escoriações

Segundo CARLOS LOPES⁶², “as escoriações, erosões ou esfoliações cutâneas são ferimentos que resultam da perda da epiderme, podendo também existir erosões das mucosas. No vivo, a escoriação cobre-se de serosidade albuminosa e de gutículas de sangue que, depois de secas, formam crosta; se a morte surge logo após a produção de escoriações, não se forma crosta (...)”.

Uma das características mais típicas da escoriação é a sua crosta que pode apresentar três diferentes origens: serosa, devido ao derrame de linfa dos vasos lesados e como tal terá uma coloração amarela; sero-hemática, neste caso existe uma mistura de linfa e sangue, quando são atingidas as papilas dérmicas, o que indica uma escoriação um pouco mais profunda, e a crosta terá uma coloração vermelho-amarelada; e hemática, quando a crosta é formada predominantemente por sangue, adquirindo uma coloração avermelhada-escura.⁶³

Tipicamente uma escoriação sangra pouco, cura rapidamente (normalmente em 10 dias) e não deixa nem marcas, nem cicatrizes, sendo que a regeneração da área lesada dá-se por reepitelização. Após a queda da crosta poderá surgir uma mancha rósea, descorada que tende a desaparecer em poucos dias, este fator é um sinal indicativo de que aquela lesão já existiu, mas que já está curada.⁶⁴

O facto, de uma escoriação apresentar uma rápida evolução e consequente cura, é mais um sinal de que este tipo de lesão deveria ser devidamente documentado de maneira a poder ser utilizado *a posteriori* caso necessário.

⁶⁰ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 95

⁶¹ FRANÇA, G.V., *Ibidem*

⁶² LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 250

⁶³ CALABUIG, G., Op. Cit. 19, p. 364

⁶⁴ FRANÇA, G.V., *Ibidem*, p. 89

Uma escoriação ocorre tipicamente, quando a pele entra em contacto com uma superfície oposta, havendo fricção entre ambas, o que provoca o arrancamento das camadas superficiais da pele. Do ponto de vista clínico, pode não ter muito significado, mas para um perito médico-legal a escoriação poderá ser valiosa, porque, ao contrário das equimoses (descritas acima) as escoriações indicam com precisão o local de impacto da ação contundente.⁶⁵ (Fig. 11)



Fig. 11 – Exemplos de escoriações, ambos de acidentes de viação.
(Fonte: DOLINAK, et al. - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, pp. 122 e 124)

A escoriação pode derivar de dois tipos de ação contundente⁶⁶:

- Impacto tangencial - irá produzir uma escoriação de movimento, em que as camadas superficiais da pele são arrancadas, acumulando-se num dos extremos da lesão formando pequenos “retalhos de pele”. Este tipo de impacto não só poderá indicar a direção em que a ação foi realizada, mas poderá conter vestígios macroscópicos do material/objeto utilizado na ação. São exemplos as escoriações causadas por arrastamento na estrada, e as escoriações causadas pela passagem das unhas na pele (ação de arranhar).
- Impacto direto – irá produzir, por vezes, uma escoriação com padrão, para tal é necessário haver um impacto perpendicular ao corpo associado a força e fricção. Estas escoriações padronizadas tipicamente reproduzem a forma do objeto que as causou (tal como acontece nas equimoses com padrão) e podemos encontrá-las em casos como agressões em que são visíveis, na vítima, as marcas deixadas pelos sapatos do agressor. Sempre

⁶⁵ McLAY, W.D.S., Op. Cit. 38, p. 103

⁶⁶ POUNDER, D., Op. Cit. 6 e 14.

que temos este tipo de escoriação é importante documentá-la uma vez que, em duas semanas, esta prova pode desaparecer totalmente.

Segundo DiMAIO⁶⁷, no que respeita à tentativa de datar a evolução de uma escoriação, tal como se faz numa equimose, ROBERTSON e HODGE⁶⁸ apresentam provavelmente o método mais lógico de datação, descrevendo quatro fases no processo de evolução de uma escoriação:

- Formação de crosta – é indicativa de que a lesão tem entre 4h a 6h;
- Regeneração epitelial - a regeneração pode surgir relativamente cedo quando a escoriação é muito superficial (30h), mas tipicamente numa escoriação normal surge ao final de 72h;
- Granulação sub-epitelial e hiperplasia epitelial – surgem ao fim de 5 a 8 dias após a lesão, e há formação de queratina;
- Regressão do epitélio e do tecido granuloso - esta fase surge à volta do 12º dia após a lesão, em que o epitélio é remodelado tornando-se fino, e as fibras de colagénio são proeminentes;

*A escoriação “pode ser encontrada isolada ou associada a outras modalidades de lesões contusas mais graves (...) Mesmo que as escoriações sejam estudadas entre as lesões produzidas por ação contundente, a observação tem demonstrado que outros tipos de ação também produzem tais alterações. Assim, não constitui nenhuma surpresa ter sido uma escoriação produzida por pedaços de vidro, agulhas, pregos, farpas de arame, pontas de faca-peixeira, lâminas de barbear, unhas, entre outros.”*⁶⁹

➤ Feridas contusas

São lesões produzidas pela ação de instrumentos contundentes, em que, para além das lesões superficiais ou profundas existentes, a elasticidade da pele é vencida, tornando-se num misto de ferida e contusão.⁷⁰

*“Trata-se de lesões abertas cuja ação contundente foi capaz de vencer a resistência e a elasticidade dos planos moles. São produzidas por compressão, pressão, percussão, arrastamento, explosão e tração.”*⁷¹

⁶⁷ DiMAIO, V. *et al.* Op. Cit. 23, p. 114.

⁶⁸ ROBERTSON e HODGE, citados por DiMAIO, V. *et al.* Op. Cit. 23, p. 114.

⁶⁹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 89.

⁷⁰ CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 19, p. 365.

⁷¹ FRANÇA, G.V., *Ibidem*, p. 92

Em suma, a ferida contusa é uma solução de continuidade da pele que pode estender-se a outros tecidos subjacentes, como as vísceras e os ossos. Deve-se à ação de um instrumento contundente de peso elevado, que atua produzindo uma distensão da pele, ultrapassando o seu índice de elasticidade. Esta distensão pode produzir-se não só por mecanismos de pressão, percussão e tração, mas também, de dentro para fora, no caso da ação direta do objeto contundente fraturar ossos e as suas extremidades produzirão soluções de continuidade nos tecidos moles da zona onde ocorreu a fratura.⁷²

Estas lesões são frequentemente infligidas durante agressões em que a vítima é atingida com um bastão, garrafa, pedra, martelo, etc. Também podem decorrer de quedas e de acidentes de viação.⁷³

“Como as feridas contusas são produzidas por meios ou instrumentos de superfície e não de gume, mais ou menos afiados, apresentam elas as seguintes características:

- a. forma estrelada, sinuosa ou retilínea;*
- b. bordas irregulares, escoriadas e equimosadas;*
- c. fundo irregular;*
- d. vertentes irregulares;*
- e. presença de pontes de tecido íntegro ligando as vertentes;*
- f. retração das bordas da ferida;*
- g. pouco sangrantes;*
- h. integridade de vasos, nervos e tendões no fundo da lesão;*
- i. ângulo tendendo à obtusidade.*

A forma da ferida contusa é quase sempre sinuosa ou estrelada, e mais raramente retilínea, variando de acordo com a forma do instrumento, a região atingida e a violência da contusão.

A irregularidade das bordas da ferida contusa é justificada pela ação brusca da superfície do meio ou instrumento causador da agressão. A ferida da pele é desigual, anfratuosa, serrilhada ou franjada (...)

O fundo da ferida é sempre irregular (...) As vertentes são irregulares (...) Não é muito raro existirem, entre uma borda e outra da ferida, pontes de tecido íntegro constituídas principalmente de fibras elásticas da derme que distenderam durante a contusão, mas não chegaram a se romper (...)

⁷² ALVARÉZ, Mercedes – *Estudio de las contusiones. Signos de lucha e signos de defensa*. Valência: Universidade de Valência, 5ª Ed., Módulo 3, Unidade 10. Dissertação de Mestrado em Medicina Forense, p. 14.

⁷³ McLAY, W.D.S., Op. Cit. 38, p. 104

A retração das bordas da ferida deve-se à reação vital e é maior na pele e menor nos planos mais profundos (...)

Os ângulos da ferida em número de dois ou mais, de acordo com a forma da lesão apresentam tendências à obtusidade.”⁷⁴

CARLOS LOPES⁷⁵ apresentou uma definição similar e acrescentou dizendo que *“as feridas contusas caracterizam-se pela forma irregular, desigualdade e deslocamento dos bordos, que se apresentam escoriados e com derrames hemorrágicos, e ligados, às vezes, por pontes constituídas por restos de tecidos ou por vasos. Nem sempre a ferida contusa tem este aspecto, que é, na realidade, o mais frequente; em alguns casos, apresenta forma atípica, com bordos lineares e unidos, semelhante uma ferida incisa, sobretudo quando a pele, fortemente distendida sobre p’ano ósseo convexo (crânio), estala por acção do traumatismo ou quando é cortada, de dentro para fora, por arestas ósseas (bordo orbitário, crista da tíbia, etc.). O exame à lupa e a sede da ferida contribuem para o diagnóstico exacto.”*

Um trauma que ocorre sob um plano ósseo tem mais probabilidade de resultar numa ferida contusa, uma vez que os tecidos são forçosa e rapidamente comprimidos contra o osso. Assim sendo, a região orofacial e do escalpe são as mais propícias a sofrerem lesões, devido à constituição óssea do crânio e à pouca espessura do tecido que o cobre. Por exemplo, um murro na boca, terá uma forte probabilidade de causar uma ferida contusa, nomeadamente uma laceração da mucosa oral, uma vez que o epitélio é comprimido contra os dentes e o maxilar.

Estas lesões poderão ter grande interesse para os tribunais como prova da agressão.⁷⁶

Em regra, observamos que objetos mais compridos e delgados, como por exemplo, um cano ou um bastão, podem produzir feridas mais lineares, enquanto que objetos com uma superfície mais achatada tendem a produzir lesões mais irregulares com forma de estrela, quando acometem determinadas estruturas anatómicas. E, uma vez que os diferentes componentes dos tecidos moles apresentam diferentes níveis de resistência, é possível verificar, neste tipo de lesão uma separação incompleta destes tecidos com vasos sanguíneos ou nervos intactos. O que permite ver “pontes de ligação”

⁷⁴ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, pp. 92-93.

⁷⁵ LOPES, C., Op. Cit. 24, pp. 51-52.

⁷⁶ DOLINAK, D. *et al.*, Op. Cit. 41, p.129

de tecido íntegro de um lado a outro da ferida. São justamente estas "pontes de ligação" que mais diferenciam uma ferida contusa de uma ferida incisa.⁷⁷ (Fig. 12.)



Fig. 12 - Típica lesão contusa. Presença de "pontes de ligação" unindo as bordas do tecido.
(Fonte: Hygino de Carvalho - *Medicina Legal*, imagem gentilmente cedida pelo autor a Dr. Carlos Durão)

Apesar de nem sempre ser comum, a ferida contusa pode representar a forma do objeto que a causou, como no exemplo de uma ferida causada por um martelo (cabeça circular e achatada), em que a ferida típica apresenta uma forma circular associada a uma equimose.⁷⁸ (Fig.13)

"As feridas contusas são menos sangrantes que as cortantes, pois a compressão exercida pelo meio ou instrumentos, esmaga a luz dos vasos lesados, levando, por assim dizer, a uma hemostasia traumática (...)"

*As características das feridas contusas orientam o perito sobre a direção do meio ou instrumento lesivo, podem demonstrar se foram realizados em vida ou depois da morte, a forma do instrumento utilizado, a natureza da violência, e ainda, a sua gravidade e prognóstico."*⁷⁹



Fig. 13 - Ferida contusa típica, causada com um martelo. Através das setas é possível verificar o contorno do martelo.
(Fonte: DIX, J. - *Color Atlas of Forensic Pathology*. 2000, p. 33)

⁷⁷ DiMAIO, D. et al, Op. Cit. 23, p.121.

⁷⁸ McLAY, W.D.S., Op. Cit. 38, p.105

⁷⁹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.93.

a.2) Contusões complexas

a.2.1) Arrancamentos

Segundo CALABUIG⁸⁰ são o resultado de uma tração violenta da pele e dos tecidos subjacentes em determinadas zonas do corpo. A sua etiologia é, normalmente, acidental, ocorrendo com grande frequência nos acidentes de trabalho.

Há arrancamento, principalmente das partes proeminentes do corpo como as extremidades. Estas lesões são muito irregulares e pouco sangrantes, no entanto, muito propícias a infeções, deixando ainda sequelas anatômicas e funcionais para a vítima.

a.2.2) Esmagamentos

Tal como acontece nos arrancamentos, há uma tração violenta da pele e dos tecidos subjacentes, no entanto nas lesões por esmagamento há ainda uma compressão exercida que produz a destruição das partes profundas, especialmente ao nível do esqueleto, sendo o seu prognóstico muito grave, e frequentemente mortal. São de etiologia acidental e quase sempre, causados por acidentes de trabalho ou de viação.⁸¹

a.2.3) Mordeduras

As mordeduras são as lesões contusas produzidas pelos dentes e devem-se a um mecanismo combinado de tração e pressão. As mordeduras apresentam nos seus bordos a impressão dos dentes que as produziram, que podem apresentar forma semilunar e podem estar rodeadas por uma zona de equimose. CALABUIG⁸² evidencia a diferença entre as mordeduras humanas e as dos animais. As mordeduras humanas, normalmente têm uma forma de ferradura, com pequenas soluções de continuidade e tendem a afetar zonas proeminentes como orelhas, nariz, etc. Ao exame é aconselhável tirar sempre uma fotografia para propósitos de identificação, documentação e comparação.

Quanto às mordeduras de animais, estas variam segundo a espécie animal que as infligiu, sendo que os casos mais comuns são os produzidos por animais domésticos como os cães. A mordedura de cão poderá



Fig. 14 - Vítima fatal de ataque com mordeduras de cão.
(Fonte: Foto gentilmente cedida pelo Dr. Carlos Durão)

⁸⁰ CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 19, p. 366

⁸¹ CALABUIG, G. *et al*, *Ibidem*.

⁸² CALABUIG, G. *et al*, *Ibidem*, p. 367

ter consequências devastadoras, caso este seja muito agressivo, produzindo retalhos de pele solta ou até arrancamento da zona de mordedura. (Fig. 14)

O animal, normalmente, apenas morde com os dentes caninos, perfurando a pele, e deixando a marca típica oval relativa à forma do dente. CALABUIG⁸³ chama ainda à atenção para as complicações que estas mordeduras de animais podem causar, uma vez que têm grande tendência infecciosa.

a.2.4) Quedas e Precipitações

A queda, segundo vários autores, é aquela que se produz dentro no mesmo plano de sustentação do indivíduo, ou seja, quando este colapsa a partir da sua própria altura para o chão. As quedas tendem a ter um bom prognóstico, não sendo muito graves, e as lesões cutâneas são superficiais. No entanto, o fator mais perigoso e com possíveis sequelas graves é o caso de originar uma lesão crânio-encefálica, podendo haver fratura acompanhada de hemorragia, contusões cerebrais, etc.⁸⁴

A precipitação diferencia-se da queda pela diferença de altura com que esta ocorre. Quando o plano de sustentação do sujeito é muito superior à altura a que este está do chão em que a força da gravidade tem um papel primordial, como por exemplo, nas precipitações de pontes, a energia que se liberta no momento do impacto é transmitida para todo o corpo, originando um quadro lesivo muito extenso e grave.

THOINOT⁸⁵ diferencia a queda e a precipitação como caída leve e caída de altura.

A precipitação pode ser acidental, suicida e por vezes homicida, sendo que a mais comum é o suicídio a partir de grandes edifícios e pontes. Segundo THOINOT⁸⁶, as lesões de precipitação apresentam pele intacta ou pouco afetada, destroços internos muito graves, consistentes em fraturas do esqueleto, rutura das partes moles e, sobretudo das vísceras, oferecendo as mais variadas combinações. A precipitação origina frequentemente a morte, tipicamente por hemorragia interna, hemorragia cerebral, lesões medulares e choque traumático.⁸⁷

⁸³ CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 19, p. 367

⁸⁴ CALABUIG, G., *et al*, *Ibidem*.

⁸⁵ Citado por CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 19, p. 369

⁸⁶ Citado por, *Ibidem*.

⁸⁷ CALABUIG, G., *et al* Op. Cit. 19, pp.368-369

b) LESÕES PERFURANTES OU PUNCTÓRIAS

Este tipo de lesão é, tipicamente, produzido por instrumentos longos, finos e afiados, que atuam por pressão, perfurando a pele, dissociando e afastando os elementos anatómicos do tecido perfurado, chegando muitas vezes a vencer os limites elásticos desse tecido.⁸⁸ A lesão caracteriza-se por um pequeno ponto/orifício de forma cilíndrica no tecido atingido, sendo considerada aquela típica ferida que transfixa a espessura total de um tecido ou órgão, como a pele (Fig. 15).

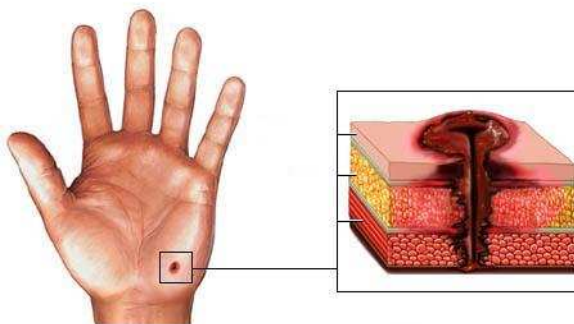


Fig. 15 – Características de uma ferida punctória na pele, como é possível verificar são perfuradas todas as camadas da pele e ainda as camadas subcutâneas de gordura e músculo.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.webmd.com/first-aid/puncture-wound>>)

Neste tipo de lesão, podemos aferir que há um marcado domínio da profundidade em relação às dimensões de superfície (comprimento e largura), ou seja, é uma lesão tipicamente profunda, deixando apenas à superfície uma ferida de pequenas dimensões, normalmente cilíndrica, ou até mesmo quase impercetível (no caso de armas como agulhas e alfinetes)⁸⁹ (Fig.16).



Fig. 16 – Lesão perforante, acidental, provocada por um garfo. Na imagem da esquerda é possível ver as cicatrizes típicas deste tipo de lesão: padrão de quatro pontos paralelos, equivalente aos quatro dentes de um garfo.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.torch.aetc.af.mil/news/story.asp?id=123241952>>)

“Os instrumentos perfurantes são os que produzem ferida em que a profundidade é maior do que a extensão superficial, feridas com um orifício, em regra de pequenas dimensões, seguido de canal de penetração, mais ou menos profundo.”⁹⁰

⁸⁸ CALABUIG, G., Op. Cit. 19, p.383

⁸⁹ POUNDER, D., Op. Cit. 6.

⁹⁰ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 248.

“As lesões oriundas deste tipo de ação denominam-se feridas punctiformes ou punctórias, pela sua exteriorização em forma de ponto. Têm como características a abertura estreita; são de raro sangramento, de pouca nocividade na superfície e, às vezes, de grande gravidade na profundidade em face desse ou daquele órgão atingido; e, por fim, quase sempre de menor diâmetro que o do instrumento causador, graças à elasticidade e retratilidade dos tecidos cutâneos”.⁹¹

A sua forma à superfície, embora tendencialmente circular, é largamente influenciada não só, pelas dimensões do instrumento, mas também pelas linhas de força das fibras elásticas e musculares subcutâneas do local atingido, sendo que, a ferida pode tomar uma forma oval, triangular, em seta ou em quadrilátero. Esta influência das fibras musculares nas características superficiais da lesão é perceptível apenas *in vivo*, e advém das *Leis de FILHOS e LANGER* ⁹² (Fig. 17). Assim sendo, “as feridas produzidas por instrumentos perfurantes de médio calibre, de acordo com a região atingida, tomam as seguintes direções:

- *Pescoço:*
 - *Linha média:* no sentido dos músculos *hióideos*
 - *Face lateral:* no sentido do músculo *esternocleidomastóideo*
 - *Face posterior:* no sentido do músculo *trapézio*
- *Tórax:*
 - *Face antero-lateral:* no sentido dos feixes do músculo *peitoral maior* ou no sentido do músculo *serrátil maior*.
 - *Face posterior:* no sentido do músculo *rombóide*
- *Abdômen:*

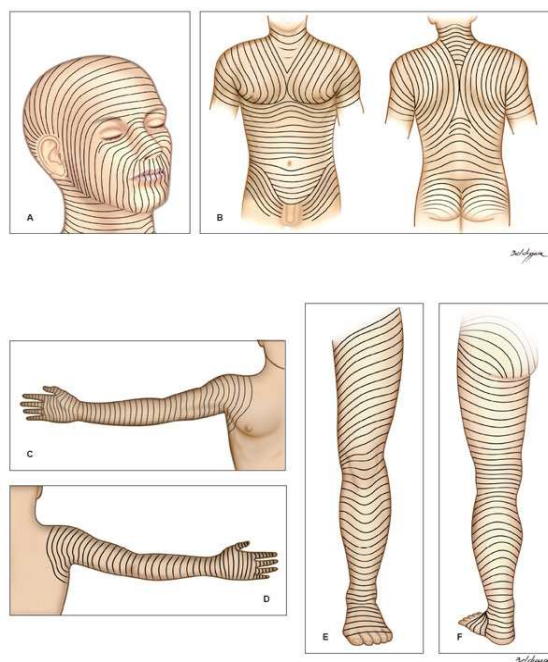


Fig. 17 – Aqui podemos ver o sentido e direção das linhas de força ou linhas de tensão da pele. Em geral são contrárias ao maior eixo do músculo. Fato que irá influenciar a aparência da lesão.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 20 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/dermato/livro12/fig06-01.html>>)

⁹¹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.83.

⁹² Edouard Filhos e Karl Ritter Von Langer descobriram que, **quando um instrumento perfurante é de médio calibre**, as lesões podem assumir uma forma diferente obedecendo às *Leis de Filhos e Langer*. A *primeira Lei de Filhos* afirma que as soluções de continuidade das lesões perfurantes assemelham-se àquelas produzidas por um instrumento de dois gumes ou têm aparência de “casa de botão”. A *segunda Lei de Filhos* estipula que quando essas lesões se apresentam numa mesma região onde as linhas de força tenham um só sentido, o seu maior eixo terá sempre a mesma direção. A *Lei de Langer* afirma que na confluência de regiões de linhas com forças diferentes, a extremidade da lesão pode adquirir o aspeto de seta, triângulo ou quadrilátero. (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.84)

- *Linha média: no sentido dos músculos reto-abdominais*
- *Face antero-lateral: no sentido dos feixes do músculo oblíquo maior*
- *Face posterior: no sentido dos feixes do músculo transverso*
- *Membros superiores:*
 - *Face anterior: no sentido dos feixes do músculo bíceps braquial (braço); no sentido dos feixes pronador redondo e do flexor radial do carpo (antebraço)*
 - *Face posterior: no sentido dos feixes do deltóide ou no sentido do tríceps braquial (braço); no sentido dos feixes do músculo extensor dos dedos (antebraço)*
- *Membros inferiores:*
 - *Face anterior: no sentido dos feixes do músculo costureiro ou no sentido dos feixes do músculo reto da coxa (coxa); no sentido dos feixes do músculo tibial anterior (perna)*
 - *Face posterior: no sentido dos feixes do músculo grácil (coxa); no sentido dos feixes do músculo gastrocnémico (perna)*
 - *Região glútea: no sentido dos feixes do músculo glúteo máximo”⁹³*

“Como para avaliar da intenção do agressor é necessário atender à natureza do instrumento empregado na produção das lesões, compreende-se bem a importância do conhecimento destes factos para distinguir uma ferida penetrante em fenda (em que há, repito, afastamento das fibras, segundo a sua direcção) de uma ferida incisa (secção de fibras, em qualquer direcção).”⁹⁴

O conhecimento destas Leis permite compreender as diferenças entre uma ferida provocada por um objeto perfurante e uma ferida provocada por um objeto cortante e ainda, permite uma correta interpretação do tecido cicatricial nos casos de lesões antigas (Fig. 18).

“Em seu trajeto, os instrumentos perfurantes podem produzir ferimentos que terminam em fundo de saco, numa cavidade, ou podem transfixar um



Fig. 18 – Múltiplas lesões provocadas por um picador de gelo, que originalmente foram mal interpretadas, como lesões causadas pelos chumbos de uma espingarda caçadeira.
(Fonte: DIMAIO, V., et al – *Forensic Pathology*. 2001, p.212)

⁹³ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.83.p.84

⁹⁴ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 249.

segmento, redundando assim em dois orifícios: um de entrada e um de saída, além de um trajeto.(...) O trajeto dependerá, no que diz respeito à sua profundidade, do tamanho do instrumento ou da pressão utilizada pelo agressor. No entanto, não se pode estabelecer o comprimento do meio perfurante pela profundidade e penetração.”⁹⁵

Os pontos fulcrais neste tipo de lesão é ter em consideração que as dimensões na superfície do tecido serão, persistentemente, menores do que as dimensões do instrumento vulnerante utilizado, devido à elasticidade dos tecidos, e mesmo que a ferida seja superficialmente pequena e irrelevante, a nível interno pode ter efeitos devastadores uma vez que, um instrumento penetrante, poderá perfurar órgãos e estruturas vitais.⁹⁶

c) LESÕES INCISAS OU CORTANTES

Uma ferida incisa é uma quebra na continuidade dos tecidos resultando do contacto com um objeto cortante. Estes objetos atuam através de uma lâmina afiada que desliza sobre os tecidos, separando-os. Este tipo de lesão exibe bordas regulares e margens bem definidas, em que o tecido é totalmente separado, sem que existam escoriações ou equimoses em volta da lesão nem pontes de tecido (Fig. 19). É tipicamente uma lesão não muito profunda e com um grau de sangramento elevado, uma vez que diseca vasos sanguíneos.⁹⁷



Fig. 19 – Exemplo de ferida incisa. Ação realizada por um bisturi no âmbito de uma cirurgia.
(Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <https://www2.aofoundation.org>>)

Segundo LACASSAGNE⁹⁸ “denominam-se instrumentos cortantes os que cortam os tecidos de maneira rectilínea, provocando feridas mais compridas do que largas, com bordos nítidos e ângulos agudos”

⁹⁵ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.84

⁹⁶ CALABUIG, G., *et al*, Op. Cit. 19, p.384

⁹⁷ McLAY, W.D.S, Op. Cit. 38, p.105

⁹⁸ citado por LOPES, C., Op. Cit. 24, p.247

A ferida fornece muito pouca informação acerca do instrumento vulnerante que a causou, no entanto é possível aferir se o instrumento atuou perpendicularmente ou obliquamente em relação ao corpo, sendo que a primeira ação produz uma simples solução de continuidade que, por efeito da elasticidade dos tecidos seccionados, faz com que a ferida se abra adquirindo uma forma oval alargada com extremidades superficiais (Fig. 19); a segunda ação faz com que a ferida apresente dois bordos completamente diferentes, em que um deles é praticamente tangencial à superfície cutânea e o outro é um retalho de pele em forma, tipicamente triangular, que poderá ser maior ou menor, mais grosso ou mais fino dependendo da profundidade da lesão e comprimento do instrumento cortante.⁹⁹ (Fig. 20)



Fig. 20 – Exemplo de um retalho de pele, no nariz, típico de uma ferida incisa, quando a ação ocorre de forma tangencial.
(Fonte: DOLINAK, D. et al - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p.152)

“A nitidez e a regularidade dos bordos das feridas incisadas dependem da regularidade e da estreiteza do gume cortante do instrumento. A profundidade da ferida depende também da nitidez do bordo cortante, da força com que é manejado o instrumento, da natureza dos tecidos cortados e do grau de incidência do gume, o qual, se actua obliquamente, produz uma ferida em bisel.”¹⁰⁰

Segundo FRANÇA¹⁰¹ *“nas feridas cortantes, as extremidades são mais superficiais e a parte mediana mais profunda.”*

O autor¹⁰² disserta sobre as características típicas deste tipo de lesão: a forma linear da ferida deve-se à ação cortante por deslizamento principalmente se o instrumento atuar perpendicularmente à pele; a regularidade das bordas da ferida, deve-se ao facto de o instrumento ter um gume mais ou menos afiado, sendo que as bordas são geralmente retilíneas; a regularidade do fundo da lesão, devido à constante ação de deslizamento, não se observando escoriações, equimoses ou infiltrações hemorrágicas nos bordos da ferida; grande hemorragia, devido à secção dos vasos sanguíneos e, dependendo das zonas, à sua grande vascularização; o comprimento da lesão predomina sobre a profundidade; há afastamento das bordas da ferida devido à elasticidade dos

⁹⁹ CALABUIG, G. et al., Op. Cit. 19, pp.384-385

¹⁰⁰ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 247

¹⁰¹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, pp. 85-86

¹⁰² FRANÇA, G.V., *Ibidem*.

tecidos, sendo mais acentuada quando há maior ação muscular na zona; e as paredes da ferida são lisas e regulares.

“Importa frisar que um instrumento cortante, atingindo uma prega cutânea, pode produzir um ferimento anguloso ou em zig-zag e se atingir duas pregas da pele, sem interessar o sulco que as separa, causa duas feridas incisivas distintas (...) O afastamento dos bordos das feridas incisivas depende da retractilidade da pele (que é variável com as diferentes regiões) e da obliquidade com que actua o gume cortante.”¹⁰³

As feridas incisivas podem ter elevado risco de se atingirem vasos calibrosos, provocando hemorragias intensas ou embolias gasosas. Estas lesões tendem a uma boa cicatrização. Estas cicatrizes tendem a ser lineares, mais ou menos alargadas, dependendo do tratamento efetuado, quando não são acompanhadas de complicações, como queloides ou infeções.¹⁰⁴

As lesões cortantes também podem estar associadas ao suicídio e/ou acidente. Podemos encontrar este tipo de lesão em casos de suicídio ou tentativa de suicídio, uma vez que os objetos que as provocam estão ao dispor de qualquer pessoa e têm a capacidade de seccionar grandes vasos superficiais, como jugulares e carótidas no pescoço e artéria radial, nos punhos. Este tipo de comportamento suicida e/ou mutilante é facilmente detetável uma vez que as feridas incisivas são, tipicamente, múltiplas, superficiais e paralelas umas às outras, as chamadas “feridas de hesitação”, localizando-se, normalmente, na parte frontal ou lateral do pescoço e na parte posterior do punho e/ou antebraço.¹⁰⁵ (Fig. 21).

Outro aspeto a ter em atenção, num contexto clínico, é o facto de que algumas pessoas podem simular agressões, utilizando objetos cortantes, e como tal estas lesões terão as mesmas características que uma ferida incisa, sendo que diferem na sua localização típica, pois estarão localizadas numa zona de fácil acesso para a própria pessoa e em zonas não muito sensíveis. Este tipo de lesão simulada tende a ser muito superficial



Fig. 21 – Lesão incisa auto infligida no punho. Na imagem é possível verificar as “lesões de hesitação” mais superficiais.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em [WWW:<URL: http://www.pinterest.com/pin/185703184605184692/](http://www.pinterest.com/pin/185703184605184692/)

¹⁰³ LOPES, C., Op. Cit. 24, p. 248

¹⁰⁴ CALABUIG, G., et al., Op. Cit. 19, p.385

¹⁰⁵ DiMAIO, V., et al., Op. Cit. 23, p.229

cumprindo uma ação de deslizamento apenas e de pouca pressão.¹⁰⁶

“No tocante à causa jurídica das feridas cortantes, devem-se levar em conta, entre outros dados, o número de lesões, as regiões atingidas, direção, profundidade e regularidade. Aqui, ninguém pode esquecer as clássicas lesões de defesa – nas mãos, nos braços e até mesmo nos pés.”^{107 e 108}

d) LESÕES PERFUROCORTANTES

Pode dizer-se que este tipo de lesão apresenta características de ambas as descritas anteriormente. São aquelas, tipicamente produzidas por objetos cortantes, com lâmina e gume afiado, como as facas e punhais, mais conhecidos como “armas brancas”. Atento à grande disponibilidade deste tipo de instrumentos no cotidiano de um indivíduo, estes tornam-se uma das armas mais utilizadas em contexto criminal, nomeadamente nos crimes contra a vida e a integridade física. O tipo de ação que estes instrumentos utilizam pode ser descrita como um misto entre pressão, do gume afiado, de maneira a perfurar o tecido, e deslizamento, da lâmina, de maneira a cortar o tecido.¹⁰⁹

Neste tipo de lesão há predomínio da profundidade, em uma das extremidades, sobre a largura e o comprimento. A aparência à superfície da pele traduz-se por uma fenda regular com uma extremidade arredondada e outra em ângulo agudo, no caso de instrumentos monocortantes, de um gume como a faca, duas extremidades em ângulo agudo, no caso de instrumentos bicortantes, de dois gumes como o punhal, ou em forma de triângulo ou estrela, quando o instrumento apresenta múltiplos gumes, pluricortante.¹¹⁰

(Fig. 22)

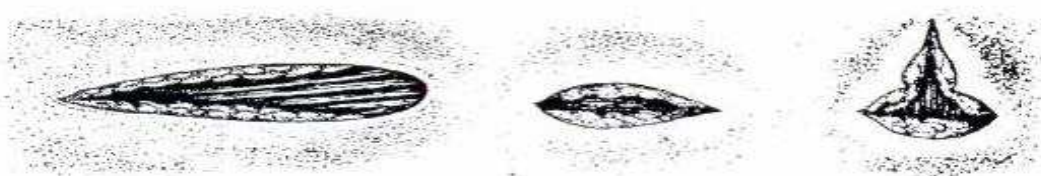


Fig. 22 – Da esquerda para a direita, é possível distinguir as características de uma lesão provocada por instrumentos monocortantes, bicortantes e pluricortantes.

(Fonte: [Em linha]. [Consult. 23 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://dc397.4shared.com/img/Xi-MjVtU/preview.html>>)

¹⁰⁶ POUNDER, D. - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 2 – Sharp Force Injuries*.

¹⁰⁷ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.86

¹⁰⁸ Fator que veremos mais adiante como lesões de defesa nas lesões perfurocortantes, uma vez que este tipo de lesão é tipicamente provocada por um terceiro durante um agressão física com um objeto com características perfurocortantes como a faca.

¹⁰⁹ CALABUIG, G., *et al*, Op. Cit. 19, p.385

¹¹⁰ McLAY W.D.S., Op. Cit. 38, p.106

“As soluções de continuidade produzidas por instrumentos perfurocortantes de um só gume resultam em ferimentos em forma de boteira com uma fenda regular, e quase sempre linear, com um ângulo agudo e outro arredondado. Sua largura é notadamente maior que a espessura da lâmina da arma usada e o seu comprimento, menos que a largura da folha, se o trajeto da arma foi perpendicular ao plano do corpo, saindo da mesma direção, e maior se agiu obliquamente. Se, ao sair, tomou um sentido inclinado, corta mais a pele, aumentando o diâmetro da fenda.

Os ferimentos causados por arma de dois gumes produzem uma fenda de bordas iguais e ângulos agudos.

As armas de três gumes originam feridas de forma triangular ou estrelada.”¹¹¹

d.1) A faca

O objeto, mais comumente utilizado, que provoca este tipo de lesão, é a faca, sendo que esta apresenta inúmeras variações: faca de cozinha, faca de serra, facão, canivete, punhal, etc. A força necessária para que uma faca consiga penetrar na pele dependerá diretamente da configuração da sua ponta e do seu gume, ou seja, quanto mais afiados forem a ponta e o gume, mais eficácia terá a perfurar a pele. Uma vez perfurada a pele, a lâmina da faca facilmente desliza sobre a mesma, podendo atingir órgãos vitais ou e/ou osso.¹¹²

Segundo RAMSAY e SHKRUM¹¹³ a aparência de uma lesão perfurocortante na pele dependerá de alguns fatores relevantes aquando da interpretação da mesma:

- **Tipo de lâmina da faca** – o formato da lâmina irá influenciar o aspeto da lesão à superfície da pele. Cortes produzidos por uma faca com lâmina de serra, poderão deixar marcas similares a “barbatanas de tubarão” nos bordos da ferida e algumas equimoses com essa mesma forma, se o corte for tangencial à pele, o corte é normalmente curvilíneo. Cortes produzidos por uma faca normal irão evidenciar os bordos regulares e margens bem definidas, com uma margem angulosa em forma de “V” e outra mais reta. Cortes produzidos por um punhal, por exemplo, um instrumento com dois gumes, terão um aspeto de losango à superfície (Fig. 23).

¹¹¹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, pp.101-102

¹¹² DiMAIO, V., et al., Op. Cit. 23, p.202

¹¹³ RAMSAY, D.A. et al., Op. Cit. 21, pp. 364-372



Fig. 23 – Da esquerda para a direita: a primeira figura apresenta uma lesão provocada por uma faca simples de um gume, é evidente a diferença das duas margens, uma é angulosa em forma de “V” e a outra é mais retilínea; a figura do meio apresenta múltiplas lesões provocadas por um punhal, instrumento com dois gumes, onde é evidente a angulosidade de ambas as margens da lesão: a última figura apresenta uma lesão típica de uma faca de serra, onde é possível identificar a impressão dos “dentes” que a faca deixou na pele. (Fontes: DIMAIO, V. et al.- *Forensic Pathology*. 2001, p.219 e DOLINAK, D. et al. – *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, p. 145)

- **Direção da facada** – se a faca se encontrar a um ângulo oblíquo à superfície atingida, é possível definir-se um ponto de entrada e um ponto de saída da mesma, que irá definir a direção com que foi realizada a ação. No ponto de entrada a ferida tende a ser mais profunda e no ponto de saída é mais superficial deixando uma “cauda de escoriação” devido ao deslizamento do gume ao finalizar a ação.
- **Profundidade da facada** – a profundidade da lesão poderá dar uma indicação em relação ao comprimento da arma, no entanto, poderá não ser assim tão linear uma vez que o local atingido influenciará este fator. Mas podemos afirmar que se a ação ocorrer com grande força de maneira a que a lâmina da faca penetre completamente no tecido, é possível encontrar á superfície, em volta da lesão, uma equimose ou escoriação, tipicamente retangular que evidenciará que a lâmina penetrou na sua totalidade e o cabo da faca tocou na pele, deixando uma “impressão”. A dimensão da lesão irá ser largamente influenciada pela dimensão do objeto.
- **Movimentação da lâmina no interior da lesão** – por vezes há uma deformação do ponto de entrada, devido à movimentação da mão que empunha a faca, podendo alargar o ponto de entrada (quando há inclinação da faca dentro da lesão), ou ampliar o ponto de entrada (quando há um movimento de rotação da faca dentro da lesão), o que tipicamente deixa uma marca característica de estrela
- **Movimentação da vítima esfaqueada** – a movimentação da vítima, tal como a movimentação da lâmina, irá alterar os padrões comuns de lesão na pele, sendo que estes se tornam imprevisíveis.
- **Sede da lesão** – quando a superfície atingida é depressível, como a zona abdominal, o objeto irá produzir uma lesão mais profunda do que o

comprimento da sua lâmina, por compressão dos tecidos¹¹⁴. Quando a superfície atingida é resistente, como um osso, o objeto não consegue penetrar além do seu comprimento, deixando muitas vezes marcas nessa superfície e até partes de si (como a ponta de uma faca que fica presa no osso). No entanto esta correlação entre o local atingido, a profundidade da lesão e o comprimento da arma deve ser feita atentamente, considerando todos estes fatores modificativos de circunstâncias.

É de salientar, tal como já referido anteriormente, a influência que as fibras elásticas e musculares têm na aparência da lesão, se a facada ocorrer perpendicularmente a estas fibras (*Linhas de Langer*), então os bordos da ferida afastar-se-ão, criando uma ferida aberta; se a facada ocorrer paralelamente às fibras elásticas, a ferida terá um aspeto de fenda. (Fig.24)

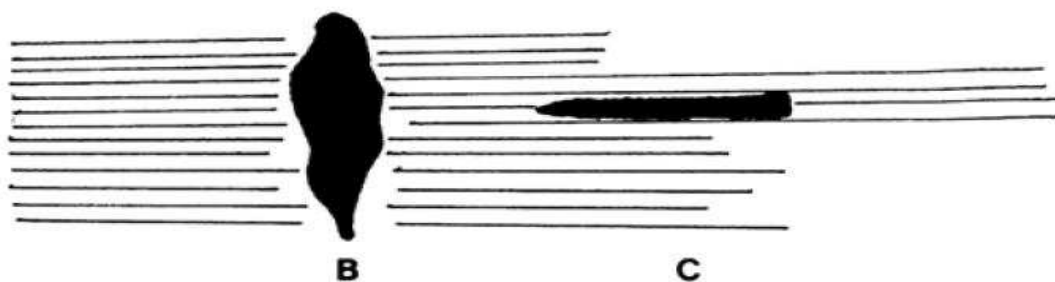


Fig. 24 – A influência das *Linhas de Langer* na aparência das lesões se estas estiverem perpendiculares às fibras (B) ou se estiverem paralelas a estas (C).

(Fonte: DIMAIO, V. et al. - *Forensic Pathology*. 2001, p.206)

É seguro dizer, tendo em conta estes fatores acima descritos, que o tamanho da lesão à superfície é menor que a largura da lâmina quando: as fibras elásticas da pele esticam e subsequentemente voltam à sua forma inicial; e quando a lâmina não penetra totalmente no tecido. *A contrario sensu*, o tamanho da lesão à superfície é maior que a largura da lâmina quando: a lâmina não faz um trajeto reto de “entrada e saída”; e quando a lâmina é movimentada no interior do tecido.¹¹⁵

Outra questão muito pertinente aqui é saber qual o grau de força necessário para produzir certa lesão perfurocortante. Apesar de ser uma questão complexa, não é impossível de se chegar a uma conclusão atendendo aos diversos fatores que influenciarão na tomada da decisão. Um dos fatores mais importantes para

¹¹⁴ É a chamada lesão em acordeão ou *sanfona de Lacassagne*. Alexandre Lacassagne foi um físico e criminólogo francês, que a partir de 1881, após a sua chegada ao Instituto de Medicina Legal de Lyon, revolucionou e modernizou a aprendizagem da medicina. Mais tarde criou um dos laboratórios forenses mais avançados do mundo, na altura, com um enorme anfiteatro para observação de autópsias. O seu contributo para a medicina legal é extenso e inigualável, sendo considerado por alguns como o pai da Medicina Forense moderna.

¹¹⁵ POUNDER, D., Op. Cit. 106.

determinar o grau de força necessário para causar aquela lesão é a arma utilizada, ou seja, quanto mais afiada for a arma menos força é requerida para produzir uma lesão profunda e incisa, uma vez que uma arma bem afiada ultrapassa com muita facilidade a resistência elástica da pele. Outro fator determinante é a existência de “impressões” retangulares em volta das margens de uma lesão perfurocortante, o que indicará que a lâmina penetrou totalmente o corpo, e o cabo do objeto (como o cabo de uma faca, por exemplo), tocou na pele, originando uma equimose de impressão. Um terceiro fator será o facto de existir ou não dano ósseo, uma vez que para danificar um osso é necessário aplicar um elevado grau de força, de maneira a ultrapassar as suas barreiras elásticas e plásticas. Atendendo a estes fatores é seguro afirmar que, caso se verifiquem, foi utilizado um elevado grau de força na ação mecânica.¹¹⁶

Como é possível verificar, este tipo de lesão ocorre tipicamente em contexto de crime, quer contra a integridade física quer contra a vida, e como tal, um ofensor que utilize estas “armas brancas” poderá estar sujeito a uma reação por parte da vítima. Assim sendo, é importante em contexto clínico-forense saber distinguir aquelas lesões que foram infligidas pelo agressor como ação mecânica intencional, daquelas que a vítima sofreu ao tentar defender-se do agressor, são as chamadas “lesões de defesa”.

Um indivíduo ao defender-se contra um ataque de uma faca apresenta lesões de defesa, tipicamente localizadas nas mãos e nos antebraços: cortes na palma da mão e nos dedos são o resultado de ações como tentar agarrar ou desviar a arma; enquanto que cortes nas costas das mãos e antebraços são o resultado de ações de escudo de maneira a proteger a cara ou o tronco.¹¹⁷

Estas típicas lesões de defesa refletem o sentimento de desespero da vítima de antecipar/prevenir a lesão e, como tal, na maior parte dos casos são vistos em contexto de agressão, nomeadamente, violência doméstica e ofensas à integridade física graves.

Em contexto clínico, este tipo de lesão é visto em mais de 46% vítimas sobreviventes, número alcançado por um estudo em 2006 de SCHMIDT.¹¹⁸

d.2) A tesoura

CALABUIG¹¹⁹, ainda no contexto das lesões perfurocortantes classifica separadamente as lesões provocadas por tesouras, que devido à sua especial

¹¹⁶ POUNDER, D., Op. Cit. 106

¹¹⁷ McLAY, W.D.S., Op. Cit. 38, pp.106-107

¹¹⁸ SCHMIDT, U. - *Sharp force injuries in “clinical” forensic medicine*. 2010, p. 2.

¹¹⁹ CALABUIG, G., *et al*, Op. Cit. 19, p.387

morfologia, dão origem a lesões mistas (podendo ser cortocontundente, perfurocortante, ou perfurante) muito características. As tesouras podem ser usadas abertas ou fechadas: no primeiro caso, é muito comum verificar a presença de duas pequenas feridas de forma linear, colocando-se em forma de V completo ou incompleto, sendo que, as suas extremidades cortantes, têm formato de ângulo agudo e podem formar uma pequena cauda de escoriação, sendo que as outras extremidades (não cortantes) apresentam ângulos arredondados; no segundo caso, a ferida é única e de forma oval, semelhante àquelas produzidas por instrumentos perfurantes de médio calibre. (Fig.25)



Fig. 25 - Vítima de agressão com tesoura atendida nos SU. (Fonte: Foto gentilmente disponibilizada pelo Dr. Carlos Durão)

e) LESÕES CORTOCONTUSAS

Segundo CALABUIG¹²⁰, estas são lesões mistas, com algumas características das lesões incisivas, mas produzidas pelo mecanismo da ação contundente (pressão sem deslizamento). Quando o objeto tem, em acréscimo, um gume afiado, pode provocar lesões que se assemelham com as incisivas, mas sem haver a ação de deslizamento. Neste tipo de lesão, a massa do objeto está associada a um gume afiado, e como tal o seu gume atua em conjunto com o peso do objeto, originando lesões muito devastadoras, cortando segmentos, fraturando ou seccionando ossos, etc.

¹²⁰ CALABUIG, G., *et al*, Op. Cit. 19, p.388

São exemplos deste tipo de instrumentos, a foice, o facão, o machado, o sabre, a enxada, a guilhotina e a serra elétrica que *“actuam simultaneamente pela acção do seu peso e pela acção do gume cortante, produzindo ferimentos com características das feridas incisas e das feridas contusas”*¹²¹

As lesões provocadas por este tipo de instrumentos *“têm forma variável, dependendo da região atingida e da inclinação, do peso, do gume e da força viva que atua. Sendo o instrumento mais afiado, predominam as características dos instrumentos cortantes. Quando o fio de corte não for vivo, prevalecem os caracteres de contusão nos tecidos. São lesões quase sempre graves, fundas, alcançando mais profundamente os planos interiores e determinando as mais variadas formas de ferimentos, inclusivé fraturas.”*¹²²

Segundo CALABUIG¹²³ e FRANÇA¹²⁴, para as conseguir diferenciar dos outros tipos de lesões (as cortantes e as contusas) é necessário analisar cuidadosamente:

- As bordas da ferida – terá bordas irregulares, apresentando sempre á sua volta equimoses e escoriações embora não tão acentuadas como nas lesões contusas. Ao contrário das lesões com características cortantes, não apresentam cauda de escoriação. E, contrariamente às lesões contusas, em que alguns tecidos resistem sem rutura (devido à sua elasticidade), as lesões cortocontusas não apresentam pontes de tecido íntegro entre as vertentes da lesão, sendo que os tecidos, normalmente são totalmente separados;
- A profundidade – supera sensivelmente aquelas produzidas por instrumentos cortantes, atingindo os planos ósseos, fator que não acontece nas feridas incisas.

Este tipo de lesão é frequentemente mortal, uma vez é muito extensa e profunda, podendo haver rutura de grandes vasos (produzindo-se hemorragias) ou interceção de órgãos vitais. Caso a pessoa sobreviva, existirão certamente graves sequelas para o resto da vida. É uma lesão, tipicamente causada por terceiros, em contexto de agressão, tentativa de homicídio e homicídio.¹²⁵

¹²¹ LOPES, C., Op. Cit. 24, p.249

¹²² FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.117

¹²³ CALABUIG, G., *et al.*, Op. Cit. 19, p.388

¹²⁴ FRANÇA, G.V., *Ibidem*

¹²⁵ CALABUIG, G., *et al.*, *Ibidem*

f) LESÕES PERFUROCONTUSAS

*“As feridas perfurocontusas são produzidas por um mecanismo de ação que perfura e contunde ao mesmo tempo. Na maioria das vezes, esses instrumentos são mais perfurantes que contundentes. Esses ferimentos são produzidos quase sempre por projéteis de arma de fogo; no entanto podem estar representados por meios semelhantes, como por exemplo, a ponta de um guarda-chuva.”*¹²⁶

Este tipo de lesão é muito característico das lesões produzidas por projéteis de armas de fogo (PAF), sendo que praticamente todos os autores, ao referenciarem as lesões perfurocontusas, seguem automaticamente para uma explicação elucidativa das características das armas de fogo e do tipo de lesões que provocam. Para que se possa compreender estas lesões por armas de fogo, é necessário adquirir algum conhecimento básico acerca das características e mecanismos das variadas armas existentes, e seus projéteis.¹²⁷

As lesões por armas de fogo são o tipo de lesões mais comuns nas grandes áreas metropolitanas dos Estados Unidos e da América Latina, sendo responsáveis por um número muito elevado de mortes, devido ao fácil acesso às armas nos referidos países. Embora em Portugal, não seja tão frequente este tipo de lesão, principalmente no contexto da urgência hospitalar, não deixa de ser importante atender a esta realidade mundial e como tal, o perito português deve ter conhecimentos acerca deste assunto.¹²⁸

As armas de fogo tendem a ser frequentemente utilizadas nos suicídios, dependendo da disponibilidade destas armas para a população.

Por exemplo, nos Estados Unidos da América, é o método mais comum de suicídio

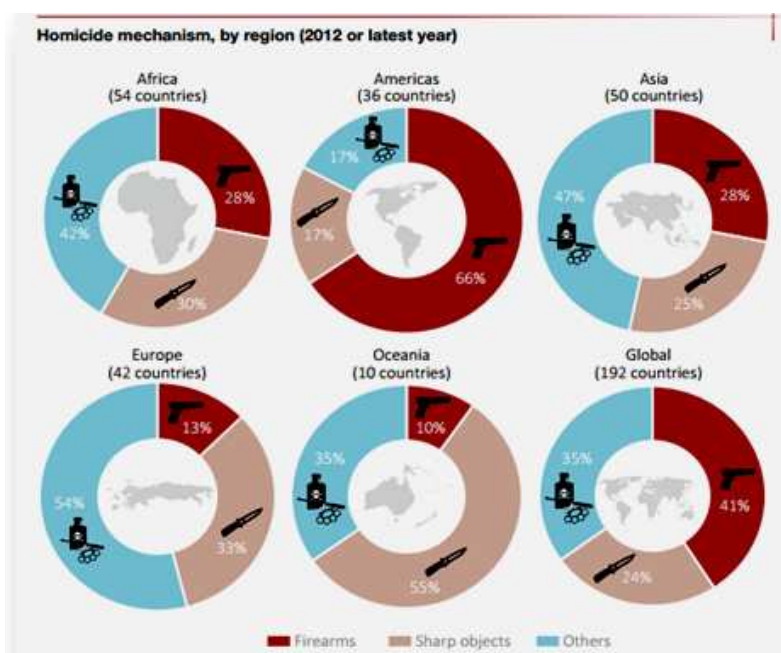


Fig. 26 - Estatística Mundial segundo a ONU, em relação às armas mais utilizadas para o crime de homicídio, por região.

(Fonte: Estatísticas da ONU)

¹²⁶ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.103

¹²⁷ DOLINAK, D., et al., Op. Cit. 41, p.163

¹²⁸ DOLINAK, D., et al., Ibidem.

sendo que nos estados do Sul são usadas armas de fogo em 65 a 87% dos suicídios. Na Europa este número baixa para 4 a 8%. Em casos de homicídio-suicídio em 75 a 96% dos casos são usadas armas de fogo nos Estados Unidos.¹²⁹ (Fig. 26)

f.1) A Balística Forense e as armas de fogo

A Balística Forense é uma disciplina, integrante da Criminalística, que estuda as armas de fogo, suas munições e os efeitos dos tiros por elas produzidos, sempre que tiverem uma relação direta ou indireta com infrações legais, visando esclarecer e provar sua ocorrência.¹³⁰

Resumidamente, podemos dividir a Balística em três partes: a balística interna, balística externa e balística dos efeitos ou terminal. *“A balística interna trata do funcionamento das armas, sua estrutura e mecanismo, e da técnica do tiro. Balística externa estuda o trajeto e a trajetória do projétil, desde sua saída da arma até seu impacto ou sua parada. E balística dos efeitos ou balística do ferimento manifesta-se sobre os efeitos produzidos pelo projétil disparado, incluindo entre outros os ricochetes, os impactos e as lesões e danos sofridos pelos corpos atingidos, sejam eles animados ou inanimados.”*¹³¹

Ao nível da Traumatologia Forense, é a balística dos efeitos ou terminal que mais relevância terá na ajuda aos tribunais judiciais.

Quanto às armas de fogo, CALABUIG¹³² classifica-as segundo diferentes critérios:

O critério do comprimento do cano estipula a diferença entre as armas de cano curto, como as pistolas e revólveres, e as armas de cano longo, como as espingardas, carabinas e metralhadoras.

Segundo o critério da carga de disparo da arma podemos ter as armas de projéteis múltiplos, como as armas caçadeira, que contêm vários chumbos dentro do cartucho, e as armas de projétil único, como todas aquelas armas que, ao disparar, lançam apenas um projétil.

O último critério é o que diferencia a constituição das armas, em armas típicas, que engloba todas as armas comerciais fabricadas em série, pelas marcas, e armas atípicas, são aquelas fabricadas em casa ou, por exemplo, armas antigas que foram alteradas.

¹²⁹ RAMSAY, D.A. *et al.*, Op. Cit. 21, p.295.

¹³⁰ Domingos Tochetto, citado por FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.104.

¹³¹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 104

¹³² CALABUIG, G., *et al.*, Op. Cit. 19, p. 394

f.2) Morfologia das lesões por armas de fogo

A morfologia de uma lesão por arma de fogo e o trajeto do projétil através do corpo dependem de inúmeros fatores. Antes de um projétil entrar em contacto com um corpo, este é afetado pelo seu próprio tamanho, peso, pela arma do qual foi disparado e ainda pela possível presença de alvos intermédios durante o seu percurso.

As características de uma lesão por arma de fogo nos tecidos é diretamente influenciada pelo ângulo de impacto, o tipo de tecido que é atravessado pelo projétil (como por exemplo, osso *versus* gordura), a profundidade de penetração do projétil, a sua fragmentação (caso aconteça) e a natureza das cavidades permanente e temporária.¹³³

Um projétil em movimento possui energia cinética que é determinada através do peso e da velocidade do mesmo. E, conforme a sua perfuração, este esmaga e rasga os tecidos que se encontram no seu caminho, enquanto que, ao mesmo tempo, faz com que o tecido circundante ao seu caminho do, se estique e se deforme, formando uma cavidade temporária, que é consideravelmente maior do que o diâmetro do projétil. Esta cavidade temporária surge devido à alta velocidade do projétil e à energia que é dissipada para os tecidos, durando apenas alguns milésimos de segundos e desaparecendo posteriormente, restando apenas a cavidade permanente. É esta combinação de destruição dos tecidos e das consequências causadas pela cavidade temporária, que irá determinar a extensão e gravidade destes tipos de lesões.¹³⁴

A localização, o tamanho e a forma da cavidade temporária nos tecidos dependem diretamente da quantidade de energia cinética que o projétil perde quando atravessa os tecidos, do quão rápida essa energia é transferida e, principalmente da elasticidade e coesão dos tecidos em questão. Por exemplo, o fígado e o músculo têm densidades semelhantes e, como tal, ambos os tecidos absorvem aproximadamente a mesma quantidade de energia quando o projétil os atravessa. No entanto, o músculo tem uma estrutura muito mais coesa e elástica do que o fígado, e como tal a cavidade temporária produzida no fígado é muito maior do que aquela produzida no músculo. Neste último, os tecidos que são deformados por causa da formação de uma cavidade temporária, tendem a voltar à sua posição original, deixando apenas o rasto de destruição da cavidade permanente. Por sua vez, no fígado, tal não acontece, produzindo uma cavidade permanente de tamanho aproximado à cavidade temporária.¹³⁵

¹³³ DOLINAK, D., *et al.*, Op. Cit. 41, p.164

¹³⁴ DiMAIO, V.J. - *Gunshot Wounds*. 1999, p. 71

¹³⁵ DiMAIO, V.J., *Ibidem*, pp. 72-73

DiMAIO¹³⁶ distingue dois tipos de lesões por armas de fogo, as penetrantes e as transfixantes. As primeiras ocorrem quando o projétil entra num corpo e não sai, produzindo apenas o orifício de entrada. As segundas, quando este atravessa totalmente o corpo, produzindo um orifício de entrada e um orifício de saída. Em Traumatologia Forense, o estudo da balística terminal ou dos efeitos, aborda fundamentalmente as características destes dois tipos de orifícios e o trajeto do projétil dentro do corpo.

DiMAIO¹³⁷ distingue ainda quatro categorias diferentes de tiro, que dependem da distância existente entre a arma e o alvo. Assim sendo, classifica-os como: tiro encostado; tiro a curta distância, ou tiro “à queima-roupa”, tiro a distância intermédia, e tiro à distância (longa).

f.2.1) Orifício de entrada (Fig. 27)

O orifício de entrada pode resultar de tiros a várias distâncias sendo que para cada uma apresentará características diferentes. E ainda, apresenta características diferentes caso esteja em causa uma arma de projétil único e uma arma de projéteis múltiplos. CALABUIG¹³⁸ e FRANÇA¹³⁹ enumeram as características de um orifício de entrada atendendo aos parâmetros indicados em cima:

Tabela 2

	Armas de projétil único	Armas de projéteis múltiplos
Tiro encostado	<ul style="list-style-type: none"> • Forma arredondada ou oval • Se estiver um plano ósseo subjacente, tem forma irregular, denteada ou com entalhes, semelhante a uma estrela (<i>Sinal de Mina de Hoffman</i>)¹⁴⁰ • Não há zona de tatuagem¹⁴¹ • <i>Sinal de Benassi</i>¹⁴² • <i>Sinal de Werkgaertner</i>¹⁴³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de um só orifício com vários chumbos no seu interior (no caso das armas caçadeira) • Contornos muito irregulares • Consequências devastadoras • Destruição das partes moles • Abertura do crânio (nos tiros na cabeça)

¹³⁶ DiMAIO, V.J., Op. Cit. 134, p. 73

¹³⁷ DiMAIO, V.J., *Ibidem*

¹³⁸ CALABUIG, G., *et al.*, Op. Cit. 19, p. 396

¹³⁹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p. 105

¹⁴⁰ “Isso ocorre porque os gases da explosão penetram no ferimento e refluem a encontrar a resistência do plano ósseo. É muito comum nos tiros encostados na frente e chama-se Câmara de Mina de Hoffman. (...) Na redondeza do ferimento nota-se crepitação gasosa da tela subcutânea proveniente da infiltração dos gases.” (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.105)

¹⁴¹ “todos os elementos da carga penetram pelo orifício da bala e, por isso, sua vertentes mostram-se enegrecidas e desgarradas, com aspeto de cratera de mina” (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.105)

¹⁴² “Nos tiros dados no crânio, costelas e escápulas, principalmente quando a arma está sobre a pele, pode-se encontrar um halo fuliginoso na lâmina externa do osso referente ao orifício de entrada.” (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.105)

¹⁴³ “Os tiros encostados ainda permitem deixar impresso na pele o chamado sinal de Werkgaertner, representado pelo desenho da boca e da massa de mira do cano, produzido por sua ação contundente ou pelo seu aquecimento” (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.105)

Tiro a curta distância	<ul style="list-style-type: none"> • Aspeto arredondado ou elíptico • O orifício tende a ser maior que o calibre da bala (principalmente se for provocado por projéteis de alta energia) • Zona de tatuagem e orla de escoriação¹⁴⁴ • <i>Sinal de Chavigny</i>¹⁴⁵ • Bordas invertidas 	<ul style="list-style-type: none"> • No caso das armas caçadeira há maior dispersão dos chumbos • Cada chumbo atua como uma bala originando vários orifícios de entrada • Há sinais de tatuagem • A lesão é mais extensa mas, normalmente, menos grave
Tiro à distância	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de “casa de botão” ou fenda linear • O orifício tende a ser menor que o calibre da bala (devido à elasticidade dos tecidos) • Orla de escoriação • Bordas reviradas para dentro 	<ul style="list-style-type: none"> • Devido à pequena massa dos projéteis das armas como a caçadeira, estes não têm muito alcance e como tal, se disparados a distâncias muito longas perdem muita velocidade e alcance.

f.2.2) Orifício de saída (Fig. 27)

Independentemente de serem o resultado de um tiro encostado, a curta distância ou à distância, os orifícios de saída apresentam, em geral, as mesmas características e são tipicamente maiores e mais irregulares do que os respetivos orifícios de entrada, e em casos excecionais, chegam a não possuir um anel equimótico. Os orifícios de saída podem apresentar várias formas: estrelado, circular, em forma de rasgão, ou de forma completamente irregular. Sendo que a forma estrelada é mais comum quando é atingida a zona da cabeça, e como tal poderá confundir-se o orifício de saída com o de entrada.¹⁴⁶

Esta natureza maior e mais irregular dos orifícios de saída deve-se fundamentalmente a dois fatores. O primeiro é o facto de que, a ação rotativa do projétil sobre si mesmo é o que faz com que este se mantenha estável no ar, tornando-se pouco efetivo quando atravessa os tecidos devido à sua maior densidade. Ao atravessar o corpo, a oscilação natural do projétil é acentuada e caso atavesse tecido suficiente, este

¹⁴⁴ Têm o nome de tatuagem as formações incombustas de pólvora resultantes do disparo que se fazem desenhar em volta do orifício de entrada. Fazem parte da tatuagem a orla de escoriação, que se deve ao arrancamento da epiderme motivado pelo movimento rotatório do projétil, e a tatuagem propriamente dita (impregnação da pólvora na pele). A tatuagem é composta pela queimadura, causada pela chama aquando do disparo; pela incrustação dos grãos de pólvora na pele, que não caem com a lavagem, ficando um aspeto próprio de tatuagem; e pelo depósito do “negro de fumo”, que advém da pólvora e que pode ser lavado com água, conhecido como “falsa tatuagem”. (CALABUIG, G., Op. Cit. 19, p.387)

¹⁴⁵ A passagem do projétil através dos tecidos faz atrito e contunde-os, limpando neles as suas impurezas, criando, assim a zona de enxugo, que tipicamente tem uma tonalidade escura. é o chamado *Sinal de Chavigny*. (FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.106)

¹⁴⁶ DiMAIO, V.J., Op. Cit. 134, p. 109

acaba por mudar de posição ou direção. O segundo é o facto de que o projétil pode deformar-se durante a sua passagem pelo corpo. São estes dois fatores que fazem com que o orifício de saída tenha, normalmente uma maior extensão e seja mais irregular.¹⁴⁷

“As bordas são reviradas para fora, em virtude de ação do projétil se processar em sentido contrário ao de entrada, ou seja, de dentro para fora. São mais sangrantes, pelo maior diâmetro, pela irregularidade de sua forma e pela eversão das bordas (...) Não têm halo de enxugo, porque as impurezas do projétil ficam retidas através da sua passagem pelo corpo.”¹⁴⁸

No que respeita aos casos específicos dos projéteis de alta energia, uma análise correta seria aquela realizada ao trajeto dos mesmos dentro do corpo, no entanto, é possível afirmar que um orifício de saída muito grande e irregular é mais característico deste tipo de projétil do que daqueles expelidos por uma pistola ou revólver.¹⁴⁹

“O diagnóstico diferencial entre o ferimento de entrada e o de saída no plano ósseo, principalmente nos ossos do crânio, é feito pelo sinal de funil de Bonnet ou de cone truncado de Pousold. Na lâmina externa do osso, o ferimento de entrada é arredondado, regular e em forma de “saca-bocado”. Na lâmina interna, o ferimento é irregular, maior do que o da lâmina externa e com bisel interno bem definido, dando à perfuração a forma de um funil ou de um tronco de cone. O ferimento de saída é exatamente o contrário, como um amplo bisel externo, repetindo a forma de tronco de cone, mas, desta vez, com a base voltada para fora. Em outros ossos chatos, como por exemplo, a escápula, levando em conta tais características, é plenamente possível determinar a direção do tiro, se de diante para trás ou de trás para diante.”¹⁵⁰



Fig. 27 – Da esquerda para a direita: Típico orifício de entrada e orifício de saída de projétil de arma de fogo
(Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Carlos Durão)

¹⁴⁷ DiMAIO, V.J., Op. Cit. 134, p. 109

¹⁴⁸ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.111

¹⁴⁹ McLAY, W.D.S., Op. Cit. 38, p.111

¹⁵⁰ FRANÇA, G.V., *Ibidem*, p. 109

f.2.3) Trajeto

Segundo FRANÇA¹⁵¹, o trajeto é o caminho percorrido pelo projétil no interior do corpo. Sendo que quando o ferimento é transfixante, em tese existe um túnel de ligação entre o orifício de entrada e o de saída, ou seja, a cavidade permanente. O trajeto é muito variável, e pode depender de algumas condições, como a distância do tiro e a região do corpo atingida. Em geral, as estruturas ósseas são as principais responsáveis pelos desvios dos projéteis, alterando o seu percurso típico de reta.

Muitas das vezes o projétil não sai do corpo, podendo ficar alojado numa cavidade, por exemplo. Nestes casos, o recurso aos Raios-X é aconselhável de maneira a determinar a localização do projétil e a poder proceder à sua recolha.¹⁵²

Através deste humilde apanhado geral de Traumatologia Forense, é possível verificar que a descrição e interpretação das lesões, é uma das principais funções de um perito.

As marcas de violência podem ser encontradas em vítimas de agressão, quer física quer sexual; numa criança em que se suspeita ter sofrido de maus tratos; num polícia ao deter um suspeito violento; ou num cadáver encontrado em circunstâncias suspeitas.

Como tal o profissional que irá proceder à examinação destes casos, tem que estar preparado para interpretar e documentar com precisão as lesões da vítima, tendo sempre em atenção a sua importância médico-legal.

¹⁵¹ FRANÇA, G.V., Op. Cit. 4, p.111

¹⁵² CALABUIG, G., *et al.*, Op. Cit. 19, p. 398

2. A Lesão no Direito

2.1. O Direito Penal

O Direito Penal constitui um ramo do direito público, e assenta num conjunto de normas jurídicas que associam atos humanos a factos penalmente relevantes, os quais possuem consequências no mundo jurídico.

Este conjunto de normas jurídicas é estruturado, fundamentalmente, na descrição de um comportamento humano que é considerado crime ao qual irá corresponder uma sanção penal, que são, basicamente, as penas de prisão e de multa, bem como as medidas de segurança.

É de salientar, que no Direito Penal, são considerados crime, não só, determinadas ações, como também as omissões. Assim, pune-se o *non facere*, a omissão, ou seja, o não agir quando a lei obrigava que a pessoa atuasse, naquelas circunstâncias.¹⁵³

Este conjunto normativo funda-se em princípios básicos que constituem as pedras angulares de todo o Direito Penal:

O princípio da legalidade, que estipula que *“só a lei pode definir o que são crimes e quais os pressupostos da aplicação de medidas de segurança criminais, bem como estabelecer as respectivas penas e medidas”*.

O princípio da tipicidade, o qual refere que *“a própria lei deve especificar clara e suficientemente os factos em que se desdobra o tipo legal de crime ou que constituem os pressupostos da aplicação da medida de segurança criminal”*.

O princípio da não retroatividade da lei penal, que assenta fundamentalmente em duas determinações, a saber *“a) que a lei não pode qualificar como crimes factos passados nem aplicar a crimes anteriores penas mais graves, ou aplicar medidas de segurança a situações anteriormente irrelevantes ou a que correspondiam medidas menos severas; b) que deixa de ser considerado crime o facto que a lei posterior venha despenalizar, ou que passa a ser menos severamente penalizado se a lei posterior o sancionar com pena mais leve.”*¹⁵⁴

¹⁵³ FIGUEIREDO DIAS, J. - *Tomo I: Questões fundamentais, a doutrina geral do crime*. In “Direito Penal, Parte Geral”. 2011, pp. 13 e 44.

¹⁵⁴ GONÇALVES, M.L.M. - *Código Penal Português: Anotado e Comentado, Legislação complementar*. 2007, pp. 54-55.

O objeto do direito penal são as condutas penalmente relevantes, sendo as de maior importância são os crimes, como tal, pode dizer-se que um crime é uma ação ou omissão humana típica, ilícita e culposa.

2.1.1. O crime

Segundo FIGUEIREDO DIAS¹⁵⁵, um crime é algo que só pode ser cometido por um ser humano. Crime é o resultado de uma prática contrária à lei penal, um ilícito, devidamente previsto por ela. O elemento constitutivo de todo o tipo objetivo de ilícito nos delitos é o autor da ação ou omissão.

O autor de um crime pode ser qualquer pessoa, e quanto ao seu autor, a conduta criminosa pode classificar-se como crime comum, quando não há nenhuma especificidade do agente, ou seja, qualquer indivíduo pode praticá-la, tais como o homicídio ou o furto.

Ou então, como crime específico ou próprio, quando a lei exige uma especificação do agente, uma especialização, no sentido de que certos crimes só podem ser cometidos por determinadas pessoas, às quais pertence uma qualidade ou sobre as quais recai um dever especial, como por exemplo, o peculato.

Neste contexto cumpre especificar o que é a tipicidade para o Direito Penal, sendo que FIGUEIREDO DIAS¹⁵⁶ refere a tipicidade como a adequação entre o facto praticado pelo homem e a norma descrita na lei penal como crime. Se não houver tipicidade, o facto será atípico e, portanto, não haverá crime. Em resumo, é a descrição da conduta que o legislador deseja ver incriminada, ou seja, é a descrição legal do comportamento proibido. É através do tipo penal que se encontra a fórmula ou modelo usado pelo legislador para definir a conduta penalmente punível. A construção do tipo penal é consequência do princípio da legalidade (descrito anteriormente), segundo o qual não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.

No que respeita à conduta, é nesta sede que cabe determinar quais as ações penalmente relevantes, e aqui contém-se a exigência geral de que se trate de comportamentos humanos, o que, exclui, obviamente, a capacidade de ação das coisas inanimadas e dos animais.

¹⁵⁵ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, pp. 305-321.

¹⁵⁶ FIGUEIREDO DIAS, J., *Ibidem*.

Exige-se ainda que o comportamento seja voluntário, ou seja, dominado por uma vontade, o que exclui os puros atos reflexos, os cometidos em estado de inconsciência (como sonambulismo ou hipnose) ou sob o impulso de forças irresistíveis. São também excluídos, como penalmente relevantes, os sonhos ou os pensamentos, pois a culpabilidade só tem início a partir da execução do crime.

Refere ainda FIGUEIREDO DIAS¹⁵⁷ que, também no âmbito da conduta, importa distinguir entre tipos de crime cuja consumação pressupõe a produção de um resultado e tipos de crime em que para a consumação é suficiente a mera ação.

Nos crimes de resultado há a produção de um evento como consequência da atividade do agente. Neste tipo de crime só se dá a consumação quando se verifica uma *“alteração externa espaço-temporalmente distinta da conduta”*. São exemplos de crimes de resultado, o homicídio (cuja consumação só se verifica com a morte de uma pessoa), ou crime de ofensas à integridade física.

Por outro lado, nos crimes de mera ação ou atividade, o tipo incriminador preenche-se através da simples execução de um determinado comportamento. São exemplos destes crimes, a violação do domicílio, crime de coação sexual, crime de evasão ou crime de falsidade de depoimento ou declaração.

Também é possível classificar os crimes de mera atividade como crimes formais, para os quais é indiferente a realização do resultado; e os crimes de resultado como crimes materiais, a cuja tipicidade interessa o resultado.

FIGUEIREDO DIAS¹⁵⁸ evidencia ainda a importância de diferenciar o *“objecto da acção”* do *“bem jurídico”* em causa, para a classificação concreta dos crimes.

Um bem jurídico é a *“expressão de um interesse, da pessoa ou da comunidade, na manutenção ou integridade de um certo estado, objecto ou bem em si mesmo socialmente relevante e por isso juridicamente reconhecido como valioso”*.¹⁵⁹

No que respeita ao objeto da ação, este aparece como manifestação real, ou seja, é a realidade que se projeta a partir de uma ideia genérica e que é ameaçada ou lesada com a prática da conduta típica.

FIGUEIREDO DIAS¹⁶⁰ clarifica estes conceitos com exemplos, *“se A furta um anel a B, objecto da acção é o anel, bem jurídico a propriedade alheia; se C mata D, o corpo de D é o objecto da acção, a vida humana o bem jurídico lesado.”*

¹⁵⁷ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, pp. 305-321

¹⁵⁸ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, p. 308.

¹⁵⁹ FIGUEIREDO DIAS, J., Ibidem.

¹⁶⁰ FIGUEIREDO DIAS, J., Ibidem.

No que respeita ao bem jurídico tutelado, ou seja, aos valores específicos de fundamental importância para a sociedade, FIGUEIREDO DIAS¹⁶¹ diferencia os crimes como simples e complexos, de dano e de perigo.

Quer os crimes de dano, quer os de perigo atendem à forma como o bem jurídico é posto em causa pela atuação do agente. Nos crimes de dano a realização do tipo incriminador tem como consequência uma lesão efetiva do bem jurídico, como é o exemplo do crime de homicídio (art. 131º do CP) ou a violação sexual (art. 164º do CP). Nos crimes de perigo, a realização do tipo não pressupõe a lesão, mas antes, basta a mera colocação em perigo do bem jurídico.

Ainda no que respeita ao bem jurídico em causa, é possível distinguir crimes simples de crimes complexos, conforme o tipo de ilícito vise a tutela de um ou mais do que um bem jurídico. É certo que na maior parte dos tipos de crime está em causa a proteção de apenas um bem jurídico (crimes simples), mas com os tipos complexos de crime pretende-se alcançar a proteção de vários bens jurídicos.

Tal como refere o autor¹⁶², há que chamar à atenção que, embora teoricamente se faça a distinção entre os crimes que atendem ao objeto da ação (crimes de mera atividade e crimes de resultado) e os crimes que se reportam ao bem jurídico em causa (crimes de perigo e crimes de dano), todos eles podem existir numa relação de simbiose, combinando-se uns com os outros. Por exemplo, o crime de ofensas à integridade física (art. 143º do CP) é simultaneamente um crime de resultado e um crime de dano.

Quanto à titularidade da ação penal, ou do procedimento criminal, segundo o Código de Processo Penal português¹⁶³, classificam-se em públicos, semi-públicos ou particulares.

Os crimes públicos são aqueles para cujo procedimento basta a sua notícia pelas autoridades judiciais ou policiais, bem como a denúncia facultativa de qualquer pessoa, sendo que as entidades policiais e funcionários públicos são obrigados a denunciar os crimes de que tenham conhecimento no exercício de funções. Nos crimes públicos o processo corre mesmo contra a vontade do titular dos interesses ofendidos. Os crimes semi-públicos são aqueles para cujo procedimento é necessária a queixa da pessoa com legitimidade para a exercer (por norma o ofendido ou seu representante legal ou sucessor). As entidades policiais e funcionários públicos são obrigados a denunciar esses crimes, sem embargo de se tornar necessário que os titulares do direito de queixa

¹⁶¹ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, p. 309-312.

¹⁶² FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, p. 309-312.

¹⁶³ PORTUGAL, Código de Processo Penal, 2013.

exercem tempestivamente o respetivo direito (sem o qual não se abrirá inquérito). Nos crimes semi-públicos é admissível a desistência da queixa. Os crimes particulares são aqueles cujo procedimento depende da prévia constituição como assistente da pessoa com legitimidade para tal (normalmente o ofendido com a prática do crime, ou seu representante ou sucessor) e da oportuna dedução da acusação particular por essa pessoa. Os mais divulgados são os crimes contra a honra (injúria e difamação, bem como alguns crimes contra a propriedade entre pessoas com laços de parentesco próximo).

A maneira de se apurar qual destes tipos de crime está em causa encontra-se discriminado no Código Penal, ou seja, quando o artigo que prevê o tipo de crime nada refere então, o crime em apreço é público; quando se indica que o procedimento criminal “*depende de queixa*” estamos perante um crime semi-público; quando a lei refere que o procedimento criminal depende de “*acusação particular*” [além da queixa], o crime é particular.¹⁶⁴

O nosso legislador divide ainda os crimes por grupos de tipos de crime, em que os classifica como fundamentais, qualificados e privilegiados:

*“Os crimes fundamentais contêm o tipo objectivo de ilícito na sua forma mais simples, constituem, por assim dizer, o mínimo denominador comum da forma delitiva, conformam o tipo-base cujos elementos vão pressupostos nos tipos qualificados e privilegiados. Frequentemente, na verdade, o legislador, partindo do crime fundamental, acrescenta-lhe elementos, respeitantes à ilicitude ou/e à culpa, que agravam (crimes qualificados) ou atenuam (crimes privilegiados) a pena prevista no crime fundamental. Claro exemplo destes grupos de tipos de crime é o homicídio. No art. 131º (do Código Penal) está contido o ilícito-típico fundamental de homicídio, traduzido na acção de matar outra pessoa. A partir daqui e conforme a morte for produzida em circunstâncias, devidamente descritas ou referenciadas através de uma cláusula geral, que revelem uma culpa mais grave ou uma culpa menos grave do que a pressuposta no tipo-base, deparemos com um homicídio qualificado (art. 132º) ou um homicídio privilegiado (art. 133º).”*¹⁶⁵

“A prática de determinado facto considerado crime impõe sempre a averiguação dos pressupostos da punição criminal. (...) É através da investigação criminal que se visa reunir um conjunto de dados e elementos que possam comprovar os factos denunciados ou de que se teve conhecimento, impondo-se para a sua caracterização jurídico-penal e para a punição do seu autor, a realização de uma série de diligências relacionadas com a

¹⁶⁴ Procuradoria-Geral Distrital do Porto. [Em linha]. [Consult. 27 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.pgdporto.pt/proc-web/faq.jsf?ctxId=85>

¹⁶⁵ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. Cit. 153, p. 313

realidade material que o facto modificou, como a pessoa do seu presumível autor, bem como da vítima, e que visam reunir os elementos susceptíveis de convencer o tribunal da prática de tal facto e da responsabilidade do autor que lhe é apresentado. Visa-se, no fundo, afirmar a existência ou inexistência dos pressupostos da responsabilidade criminal. Assim, e para além das particularidades concretas de cada crime, há sempre, por parte das autoridades judiciais, coadjuvadas pelos órgãos de polícia criminal, que averiguar e apurar, tanto quanto possível: a hora, dia, mês e ano do facto; o local onde o mesmo ocorreu; o circunstancialismo objectivo e subjectivo que rodeou a sua prática; a identificação dos intervenientes – vítima (s) e agressor (es) – e de outros responsáveis; o grau de culpa do agente; as consequências do facto praticado, com recurso, se necessário, ao exame pericial; os elementos de prova disponíveis.”¹⁶⁶

Tal como anteriormente referido, o crime é um facto típico, ilícito e culposo. Sendo que, atendendo ao supra descrito, um dos fatores de maior importância na aferição de uma ação criminosa é a culpa.

Como tal de maneira a melhor compreender a aplicação de uma pena e tipificação de um crime, torna-se indispensável determinar o que é materialmente a culpa.

2.1.2. A culpa

“O princípio da culpa constitui hoje uma máxima fundamental de todo o direito penal (...) A prática pelo agente de um facto ilícito-típico não basta em caso algum para que, na sua base, àquele possa aplicar-se uma pena (...) A aplicação da pena (...) supõe sempre que aquele ilícito típico tenha sido praticado com culpa.”¹⁶⁷

Segundo FIGUEIREDO DIAS¹⁶⁸, a culpa surge como uma “*censura jurídica dirigida ao agente pela prática do facto*”. Refere ainda que a “*culpa é censurabilidade por o agente ter agido como agiu (...) a culpa tem como elementos a imputabilidade ou capacidade de culpa, a consciência (potencial) do ilícito e a exigibilidade de comportamento diferente*”

A culpa sendo primariamente um juízo de censura engloba uma determinada “*matéria de culpa*”, tal como refere FIGUEIREDO DIAS¹⁶⁹, e é dada através de tipos de culpa: o tipo de culpa doloso e o tipo de culpa negligente, previstos no art. 13º do Código Penal. “*Este artigo representa a consagração do princípio nulla poena sine culpa, ou seja*

¹⁶⁶ MAGALHÃES, T. et al - *Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais.* (2003).

¹⁶⁷ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, p. 512

¹⁶⁸ FIGUEIREDO DIAS, J., Ibidem.

¹⁶⁹ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, p. 529

*o de que toda a pena tem de ter como suporte axiológico-normativo uma culpa concreta”.*¹⁷⁰

2.1.2.1. Dolo

O dolo é a consciência e vontade de praticar certo facto típico, ou de empreender certa atividade típica, ou seja, a pessoa atua dolosamente quando conhece e quer os elementos objetivos de um tipo legal.

*“O dolo (...) exige ainda que a prática do facto seja presidida por uma vontade dirigida à sua realização. É este elemento que constitui o momento volitivo do dolo (...) permitindo a formação de diferentes classificações de dolo. Se por vezes uma tal direcção da vontade é claramente manifestada, configurando os casos chamados de dolo directo, outras vezes ela é menos clara e suscita dificuldades apreciáveis, quando o agente parte para a realização do facto tendo-o representado como meramente possível.”*¹⁷¹

O dolo está descrito no art. 14º do Código Penal ¹⁷², que prevê as três formas diferentes que o dolo pode revestir quanto ao momento volitivo: direto, necessário e eventual.

- Dolo direto – é aquele que corresponde à intenção criminosa e nele o agente prevê e tem como fim a realização do facto criminoso.
- Dolo necessário – existe quando o agente sabe que, como consequência de uma conduta que resolve empreender, realizará um facto que preenche um tipo legal de crime, não se abstendo, apesar disso, de empreender tal conduta.
- Dolo eventual – abrange aqueles casos em que o agente previu o resultado como consequência possível da sua conduta, não se abstendo, porém de empreendê-la, e conformando-se com a produção do resultado.

Segundo HERNANI MARQUES¹⁷³ *“para verificação do dolo ou intenção criminosa é necessário, por parte do agente, a prática voluntária dos factos, e o conhecimento do carácter ilícito ou imoral da sua conduta, ou que tudo se passe como se ele tivesse tal conhecimento.”*

¹⁷⁰ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, p. 109

¹⁷¹ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. Cit. 153, p. 366.

¹⁷² GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, pp. 110-111.

¹⁷³ Citado por GONÇALVES, M.L.M, Ibidem.

“Na integração no conceito de dolo (...) dolo seria uma violação consciente do direito e suporia por isso, para além do conhecimento e vontade de realização do tipo objectivo, a consciência de que se realizava um tipo objectivo de ilícito; só isto permitiria afirmar que a maior severidade com que a lei trata os delitos dolosos provém de que neles o agente sobrepõe conscientemente os seus interesses à fidelidade que deve ao direito.”¹⁷⁴

2.1.2.2. Negligência

Segundo FIGUEIREDO DIAS¹⁷⁵, a característica mais saliente dos tipos de ilícito negligente, por contraposição aos dolosos, está na diferente relação entre a ação e o resultado. Nos crimes dolosos a vontade do agente dirige-se ao resultado ou à realização integral do tipo, nos negligentes não.

Assim nos termos do art. 15º do Código Penal, *“o tipo de ilícito negligente traduz-se na violação pelo agente de um dever de cuidado que sobre ele juridicamente impende”*.

Os casos de negligência podem integrar-se em uma das duas categorias:

- Negligência consciente – *“A negligência consciente vive próxima do dolo eventual. Nela, o agente admite, prevê como possível a realização do resultado típico, mas confia, podendo e devendo não confiar, em que o mesmo se não realiza. Não se conforma porém com a realização desse resultado, pois, se se conformasse, haveria dolo eventual. Na conformação ou não conformação com o resultado, está o diferenciador entre dolo eventual e a negligência consciente.”*
- Negligência inconsciente – *“A negligência inconsciente é aquela que suscita maiores dificuldades. Nos casos subsumíveis a esta modalidade de imputação subjectiva, a lei, para evitar a realização dos resultados típicos antijurídicos, proíbe a prática das condutas idóneas para os produzirem, querendo que eles sejam representados pelo agente, ou permite tais condutas, mas rodeadas dos necessários cuidados, para que os resultados se não produzam. Esta permissão de condutas potencialmente perigosas é geralmente devida a imperativos de desenvolvimento científico, técnico ou económico. É o caso dos meios de transporte, das armas, da electricidade, da radioactividade, etc.,*

¹⁷⁴ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. Cit. 153, p. 350.

¹⁷⁵ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. Cit. 153, p. 868.

meios em si perigosos, mas cujo uso é permitido mediante cuidados adequados a evitar desastres pessoais e danos. Quando estes cuidados são acatados, o risco esbate-se; na omissão dos mesmos cuidados se radica o fundamento principal da punição da negligência inconsciente.”

176

Ao lado desta distinção entre negligência consciente e inconsciente, existe ainda a distinção entre negligência simples e negligência grosseira, sendo que esta última dá lugar a uma punição particularmente grave dentro dos quadros da negligência ou até a uma punição dentro da moldura penal dolosa.

“A negligência simples existe quando o agente omite a diligência média do homem normal.” ¹⁷⁷

“Seguro é que a negligência grosseira constitui, em direito penal, um grau essencialmente aumentado ou intensificado de negligência.” ¹⁷⁸

2.2. A lesão e a avaliação do dano corporal em Direito Penal

É através da avaliação do dano corporal que se designa a atuação médica pericial, direcionada ao conhecimento, com máxima exatidão e objetividade, das consequências que um determinado acontecimento traumático teve sobre a integridade psicofísica e a saúde da pessoa/vítima. Tem ainda como objetivo estabelecer uma avaliação final que permita, ao julgador, determinar as consequências exatas do evento traumático, quer a nível laboral, económico, familiar, moral e penal.¹⁷⁹

Tal como refere TERESA MAGALHÃES¹⁸⁰, a avaliação do dano corporal em direito penal é, sem dúvida, a área de intervenção pericial no domínio da Clínica Médico-Legal, em que se verifica a maior quantidade de solicitações periciais.

Refere ainda a autora¹⁸¹ que a Clínica Médico-Legal é uma área da Medicina Legal direcionada, fundamentalmente para a atividade médica pericial na pessoa viva, e aplica-se sempre que está em causa encontrar uma prova científica para esclarecimento da

¹⁷⁶ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, pp. 113-114.

¹⁷⁷ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, p. 115.

¹⁷⁸ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. Cit. 153, p. 903..

¹⁷⁹ CALABUIG, G. et al. - *Medicina Legal y Toxicología*. 2004, p.505.

¹⁸⁰ MAGALHÃES, T. et al., Op. Cit. 166, p.63.

¹⁸¹ MAGALHÃES, T., *Ibidem*.

Justiça. Esta perícia médico-legal é uma atividade de carácter técnico, efetuada em sede de um processo judicial, na maior parte das vezes, mas constitui, antes de tudo, um ato médico ao qual se devem aplicar as regras habituais da arte médica.

Embora a metodologia de exame seja comum para todos os tipos de perícia, é necessário conhecer as regras e objetivos do direito em causa para cada tipo de perícia, uma vez que as conclusões diferem com o âmbito do direito em causa (Civil, Penal ou de Trabalho), e como tal o parecer pericial irá ter implicações específicas para a decisão judicial em causa.

Em Portugal, e no que respeita às perícias, a lei processual civil determina a requisição obrigatória de perícias médico-legais aos serviços competentes. Assim sendo, a atividade pericial de apoio técnico à administração da Justiça é atividade fundamental e estruturante do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), tal como se pode aferir do Decreto-lei nº 131/2007, de 27 de Abril.

Os serviços médico-legais são os serviços oficiais de apoio técnico pericial aos Tribunais e ao Ministério Público, na área da Medicina Legal e de outras Ciências Forenses, sendo que o seu regime jurídico está estabelecido na Lei nº45/2004, de 19 de Agosto.¹⁸²

Assim, é possível dizer que o perito médico assume um papel de avaliador-tradutor dos danos, facultando ao magistrado as informações que são necessárias para o mais correto exercício da Justiça.

*“Esta perícia corresponde à actividade de percepção ou apreciação dos factos probandos efectuada por pessoas dotadas de especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos. Na perícia o perito pode descobrir meios de prova, recorrendo a métodos técnico-científicos a permitirem a sua apreensão ou pode exigir-se no perito, não a descoberta de factos probatórios mas, essencialmente, a sua apreciação.”*¹⁸³

“A propósito de um crime em que o respectivo acto de cometimento provoca na vítima lesões, avaliáveis, através de sinais ou vestígios, só a respectiva verificação pericial permite confirmar, objectivamente, a alegação do facto praticado. (...)”

Assim, a avaliação do dano corporal em Direito Penal tem cabimento a propósito de diversas normas incriminadoras que têm em comum, como elemento do tipo legal, a verificação de um dano corporal. (...)”

¹⁸² Sendo que o seu art. 5º, nºs 4 e 5 estabelecem “4 - No exercício das suas funções periciais, os médicos e outros técnicos especialistas em Medicina Legal, os médicos contratados para o exercício dessas funções, os médicos dos serviços de saúde e as entidades terceiras (...) gozam de autonomia e são responsáveis pelas perícias, relatórios e pareceres por si realizados. 5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, os peritos e entidades nele referidos encontram-se obrigados a respeitar as normas, modelos e metodologias periciais em vigor no Instituto, bem como as recomendações decorrentes da supervisão técnico-científica dos serviços.”

¹⁸³ MAGALHÃES, T. et al, Op. cit. 166, pp.65-68.

*Através da perícia médico-legal deve proceder-se, pois, à descrição pormenorizada do dano e das suas consequências para o ofendido (sua natureza e extensão, efeitos para o corpo e a saúde do ofendido, eventual criação de perigo para a vida, prestando informação sobre a influência da conduta do agente na produção do resultado, e sobre a adequabilidade da agressão à produção do resultado), justificando (numa perspectiva científica) a orientação da conclusão médico-legal.*¹⁸⁴

Tal como refere TERESA MAGALHÃES¹⁸⁵, o objeto da perícia é a pessoa, englobando o dano corporal por ela sofrido. Trata-se aqui de avaliar esse dano de forma global e personalizada, descrevendo-o de forma pormenorizada. Para tal, o perito deve considerar a pessoa no seu todo, utilizando uma linguagem clara e de fácil compreensão pelos diferentes intervenientes do processo, definindo sempre cada conceito usado e respeitando a nomenclatura anatómica e traumatológica estabelecida.

Após a correta avaliação, o perito chega a uma conclusão final, apresentado uma interpretação das observações que realizou sendo que um dos pontos fulcrais desta perícia será o de estabelecer o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano.

Assim torna-se fundamental estipular o que é uma lesão, o que é o dano corporal e o que é o nexo de causalidade.

Segundo, TERESA MAGALHÃES¹⁸⁶, uma **lesão** é o “*resultado de um traumatismo, manifestando-se por alterações objectivas sofridas na estrutura ou funcionamento do corpo*” (ex.: fratura, laceração do baço, etc.).

O **dano corporal**, “*constituirá um prejuízo primariamente biológico (no corpo) que se traduz por perturbações a nível das capacidades, situações de vida e subjectivamente da vítima; o dano situar-se-á na interacção entre estes vários níveis. Numa perspectiva mais alargada, poderá corresponder, também, a um dano na subjectividade da pessoa (vulgo dano psicológico), sem que implique, necessariamente, a existência de um dano primariamente biológico.*”

O **nexo de causalidade**, é a “*relação de imputabilidade (total ou parcial, directa ou indirecta) entre um traumatismo e um dano, tendo em conta os seguintes aspectos: adequação entre o tipo de lesão e sequelas e a sua etiologia; entre o tipo de traumatismo e o tipo de lesão; entre a sede do traumatismo e a sede da lesão; existência de continuidade sintomatológica entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; adequação temporal entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; exclusão da pré-existência do dano ou de uma causa estranha relativamente ao traumatismo. Considera-se parcial ou*

¹⁸⁴ MAGALHÃES, T. *et al.*, Op. cit. 166, pp.65-68.

¹⁸⁵ MAGALHÃES, T. *et al.*, *Ibidem*.

¹⁸⁶ Nos seus apontamentos de Clínica Médico-Legal da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

*indirecto quando existe outra causa associada tratando-se, a maior parte das vezes, de um estado anterior. O traumatismo devido ao evento em causa poderá contribuir, nestes casos, para desencadear o estado clínico anterior ou para acelerar ou agravar a sua evolução”.*¹⁸⁷

Já HERNÁNDEZ CUETO¹⁸⁸ divide em duas, a definição de lesão, sendo que a definição médica será toda a alteração anatômica ou funcional causada por agentes externos ou internos. Já a definição médico-legal estabelece que a lesão como toda a alteração física ou psíquica causada por agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos, derivados de uma ação exógena de carácter doloso ou não.

2.2.1. Metodologia de avaliação do dano corporal

“As metodologias de avaliação e reparação do dano corporal estão dependentes de um mosaico legislativo que faz variar essas metodologias de acordo com a etiologia do dano e, portanto, com a sede do direito em que tem lugar a sua avaliação e reparação.

*Desta forma, sofrer o mesmo dano corporal no contexto de um acidente de trabalho, de um acidente de viação, de uma ofensa à integridade física, ou outro, significa merecer um diferente tratamento em termos de avaliação e reparação desse dano.”*¹⁸⁹

Assim, para uma situação semelhante, da qual tenham resultado o mesmo tipo de lesões e sequelas, se o processo tiver lugar no âmbito do Direito do Trabalho, apenas serão avaliados os danos patrimoniais, e destes, apenas os que estão diretamente relacionados com a atividade profissional.

No entanto, se o processo tiver lugar no âmbito do Direito Civil, são avaliados os danos patrimoniais (danos físicos, por exemplo) e os danos extrapatrimoniais (o dano psicológico, a dor e o dano estético, por exemplo); já no âmbito do Direito Penal é utilizada a avaliação de dano do art. 144º do Código Penal (Crime de ofensas à integridade física), sendo que para termos de indemnização dos danos emergentes de crimes, são utilizadas as regras do direito civil nos termos do art. 129º do Código Penal.

“Desta forma, na sequência do referido mosaico legislativo, ficamos impedidos de considerar um objectivo único para a avaliação e reparação do dano corporal, independentemente da sua origem, objectivo este que deveria coincidir com o objectivo que preside à avaliação e reparação do dano corporal em Direito Civil, ou seja, o contributo da Justiça para a reintegração social, familiar e profissional da vítima. Assim, serão possíveis, ainda hoje, grandes injustiças jurídico-legais e sociais, face às diferentes

¹⁸⁷ MAGALHÃES, T. *et al.*, Op. Cit. 166, pp.65-68

¹⁸⁸ citado por CALABUIG, G. *et al.*, Op. Cit. 179, p. 506.

¹⁸⁹ MAGALHÃES, T. - *A vítima como objecto da intervenção médico-legal.* 2005.

metodologias de avaliação e reparação de situações semelhantes em matéria de danos corporais.”¹⁹⁰

Em termos gerais a metodologia do exame para descrição do dano corporal¹⁹¹ deve incluir:

1. Descrição do evento traumático, designadamente o seu mecanismo, vivência do trauma pela vítima, lesões resultantes e tratamentos instituídos;
2. Descrição dos antecedentes pessoais patológicos e traumáticos;
3. Descrição das sequelas numa perspetiva tridimensional, tendo em vista avaliar o dano de forma global e personalizada e o mais próximo possível da realidade da vítima, bem como promover uma reparação concreta e integral; avaliam-se, assim, os danos no corpo, nas funções e nas situações de vida. Estes três níveis podem definir-se da seguinte forma:
 - a) Corpo: aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas;
 - b) Funções: capacidades físicas e mentais (atuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre. Surgem na sequência das sequelas ao nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por fatores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anteriores, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitetónicas, as ajudas técnicas ou as ajudas humanas);
 - c) Situações de vida: confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural. As situações podem ser relativas às atividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas, ao nível do corpo e das funções, e de fatores pessoais e do meio.
4. Interpretação e valoração (com quantificação) dos danos, de acordo com os parâmetros de dano definidos como patrimoniais e extrapatrimoniais, temporários e permanentes (caso aplicável);
5. Definição das ajudas e adaptações necessárias à vítima, tendo em vista promover a sua reintegração, autonomia e independência.

¹⁹⁰ MAGALHÃES, T., Op. Cit. 189,

¹⁹¹ MAGALHÃES, T. - *Da avaliação à reparação do dano corporal*. p. 4.

A avaliação e a consequente reparação do dano corporal constitui um assunto complexo e sensível, com grande interesse social, atendendo não só à reintegração e adequado retorno à vida ativa das vítimas de traumatismos, mas também, à questão da administração da Justiça.

Para que este tipo de intervenção seja mais eficaz importa reter o seguinte:

“ a) *A avaliação do dano na pessoa constitui um acto médico, e como tal, a sua metodologia não deve ficar dependente de normas ditadas por não médicos dado que se este específico tipo de avaliação médica não se apoiar apenas nos adequados fundamentos técnico-científicos, corremos o sério risco de tal avaliação se transformar numa prática abstracta e fantasista que não servirá os interesses da ciência e da Justiça, sem prejuízo de esta metodologia se dever adequar aos contexto legal em que decorre cada perícia; b) Apesar de todas as possíveis metodologias, cada caso é único e o que é adequado a uma vítima não é necessariamente indicado para outra, ainda que com sequelas lesionais e funcionais comparáveis; a função do perito é avaliar o dano de forma personalizada e traduzir a sua complexidade por palavras simples, para que o Juiz (...) o possam apreciar sobre bases concretas, de modo a que a reparação seja adequada, assim se cumprindo o motivo último da intervenção pericial médico-legal: o indivíduo e a realização da Justiça no caso concreto.*”¹⁹²

No que respeita ao Direito Penal, a missão pericial para avaliação do dano corporal é permitir às autoridades judiciárias e judiciais, uma sustentada apreciação jurídica do caso, através da descrição das consequências médico-legais do crime cometido, tendo como parâmetros as consequências previstas nas diversas alíneas do art. 144º do CP, e ainda a perigosidade da conduta do agente.¹⁹³

2.2.2. A presunção médico-legal da intenção de matar

Tal como referido supra, a culpa é a “*pedra de toque do direito penal*”, cabendo exclusivamente ao tribunal a sua apreciação, sendo que apreciar a culpa é fundamentalmente apreciar a intenção do agente.

Em sede médico-legal e a propósito da análise das lesões resultantes de agressões, foi tornando-se tradição os peritos pronunciarem-se sobre a presunção médico-legal da intenção de matar.

¹⁹² MAGALHÃES, T. *et al*, Op. cit. 191, p.11.

¹⁹³ MAGALHÃES, T. *et al*, Op. cit. 166, pp.65-68.

Ao médico-legista compete apenas fornecer à Justiça os elementos objetivos colhidos na perícia, cabendo inequivocamente ao Juiz e só a ele, na posse da totalidade dos elementos probatórios, a responsabilidade da decisão.

*“Não cabe ao perito médico pronunciar-se sobre a intenção com que os ferimentos foram produzidos; são, antes, as próprias ofensas que indicam a intenção com que foram feitas, sendo o perito apenas o observador e relator da circunstância.”*¹⁹⁴

“A intenção de matar deduz-se geralmente dos elementos materiais, conjugados ou não com as regras da experiência comum, onde a presunção natural tem especial relevância.

*Provado que o arguido agiu voluntária e conscientemente com a intenção de causar as lesões descritas, sabendo que tais lesões causavam perigo para a vida da vítima e eram adequadas a causar-lhe a morte, resultado que previu mas com o qual não se conformou, e dado como não provado que tivesse agido com o propósito de produzir-lhe a morte (devido a outros elementos que abalaram a convicção da intenção de matar), há que afastar a intenção de matar por subsistir no espírito do julgador dúvida séria sobre a existência de tal intenção.”*¹⁹⁵

“(...)na prova pericial apenas é subtraído à livre apreciação do julgador o juízo técnico (científico ou artístico), que não se deve confundir quer com o juízo de probabilidade, quer com o juízo opinativo que neles frequentemente são expressos. Os dados objectivos que permitiram presumir à perícia médico-legal a intenção de matar e a intenção com que o agente na realidade age, não são a mesma coisa esses dados, elemento importante na indagação da intenção, raramente são concludentes.

Por isso, o tribunal pode, com base nas provas conduzidas em audiência dar como provada a intenção de matar, ainda que os peritos tenham declarado que ela não se podia presumir.

*(...) o papel do perito será apenas o de pronunciar-se sobre a adequabilidade de determinado facto - em regra, uma agressão - a produzir determinado resultado; isto é, deverá o perito, considerando assédio do ferimento ou do traumatismo (por exemplo, se foi atingida região que aloja órgão essencial à vida, como o tórax ou a cabeça, a garganta, as respectivas características (por exemplo, seu número, extensão e profundidade) e o instrumento que denota ter sido utilizado, pronunciar-se sobre a adequação da agressão à produção da morte da vítima.”*¹⁹⁶

¹⁹⁴ MAGALHÃES, T. et al., Op. Cit. 166, p.78.

¹⁹⁵ in Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, Proc. nº 0141381 de 20/03/2002.

¹⁹⁶ in Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, Proc. 549/08.7PVLSB.S1 de 15/12/2011.

Conclui-se, portanto, que a pronúncia do perito médico sobre a intenção com que os ferimentos foram produzidos, não é considerada pelo julgador. Sedo que, a esse perito é perguntado apenas acerca dos seus conhecimentos técnico-científicos.¹⁹⁷

2.3. Principais crimes que podem provocar danos físicos sem que deles resulte morte, segundo o Título I do Livro II do Código Penal

2.3.1. Ofensas à integridade física (art. 143º, 144º, 145º, 146º, 148º e 150º)

O Código Penal faz distinção entre ofensas à integridade física simples, que são as previstas no art. 143º; ofensas à integridade física graves (art. 144º); ofensas à integridade física agravadas pelo resultado (art. 145º); ofensas à integridade física qualificadas (art. 146º); ofensas à integridade física privilegiadas (art. 147º) e ofensas à integridade física por negligência (art. 148º), isto para além do caso especial das ofensas em virtude de intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos, que têm um tratamento particular do art. 150º. Não se verificando algum destes casos especiais, as ofensas à integridade física terão o tratamento geral do art. 143º.¹⁹⁸

A previsão legal abrange qualquer “*ofensa no corpo ou na saúde*”. Sendo que se deve entender que “*ofensa no corpo*” é toda a alteração ou perturbação da integridade corporal, do bem-estar físico ou da morfologia do organismo, e “*ofensa na saúde*” é toda a alteração ou perturbação do normal funcionamento do organismo. No entanto é de salientar que as ofensas no corpo ou na saúde de outra pessoa, para que tenham dignidade penal e sejam subsumíveis à previsão do art. 143º, não podem ser insignificantes. Embora se deva sempre partir de critérios objetivos para apreciar a gravidade da ofensa e os seus efeitos, devem também ser levados em conta, no caso de ofensas mínimas, fatores individuais, por exemplo, não deve ser incriminado o pai que dá uma palmada num filho de tenra idade para que se comporte bem à mesa.¹⁹⁹

Algumas ofensas corporais ou da saúde de outra pessoa têm tratamento especial ou apresentam particularidades que têm merecido alguma atenção dos doutrinadores jurídicos, nomeadamente, as lesões causadas por intervenções e tratamento médico-cirúrgicos (art. 150 e 156º); as lesões ou ofensas corporais causadas durante as práticas desportivas, que devem ser consideradas justificadas quando resultem da prática adequada

¹⁹⁷ MAGALHÃES, T. *et al.*, Op. Cit. 166, p.78.

¹⁹⁸ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, pp. 562-563.

¹⁹⁹ GONÇALVES, M.L.M., *Ibidem*.

da modalidade a até mesmo de violações negligentes da própria modalidade, uma vez que nestes casos o consentimento é implicitamente assumido pelos praticantes; as ofensas corporais praticadas por pais, tutores ou educadores, também serão consideradas justificadas desde que consistentes em ligeiros castigos, ou quando adequadas ao fim educativo ou corretivo, revestidas de proporcionalidade pedagógica; quanto às ofensas corporais por parte de professores, hoje em dia, não podem ser consideradas justificadas, porque o direito de castigo não está incluído nas tarefas pedagógicas e de ensino.²⁰⁰

A jurisprudência determinada ainda que poderá existir ofensa corporal sem lesão externa e neste sentido pronuncia-se o Acórdão do STJ, Proc. nº 1473/98-3ª, de 4 de Março de 1999: *“Para verificação do crime de ofensa à integridade física não é necessário que o ofendido tenha sofrido quaisquer danos físicos ou dores.”*

*“De entre os tipos legais de crimes que incluem danos corporais (ofensas à integridade física), ou a criação de perigo para a vida ou para a integridade física, o tipo legal de crime do artigo 144º do Código Penal (CP) é o único que expressamente objectiva ou concretiza resultados típicos que constituem formas de ofensa ao corpo ou à saúde (...) Este artigo constitui uma modalidade agravada do crime de ofensas corporais simples, em que o bem jurídico protegido é a integridade física, elencando o legislador uma série de consequências para o corpo e para a saúde do ofendido, as quais, traduzindo a gravidade da ofensa, justificam e merecem acentuado juízo de censura penal (...)”*²⁰¹

Sabemos hoje que o dano no corpo tem repercussões psicológicas, morais e sociais e que muitas vezes, mesmo na ausência de lesões no corpo, certas situações traumatizantes podem provocar distúrbios psicológicos e morais que devem ser valorizados, aquando o exame pericial.

Aliás, o legislador ao recorrer não apenas à noção de “corpo”, mas também de “saúde” abriu a porta para este tipo de interpretação, isto porque *“a saúde não se refere apenas ao corpo mas, de forma mais genérica, ao estado de completo bem-estar físico, mental e social”*.²⁰²

Os vários tipos de danos previstos nas alíneas do art. 144º constituem parâmetros de avaliação do dano que devem servir de referência ao perito quanto à natureza da informação e como ela deve ser prestada. Ao perito médico-legal, através da realização do exame de clínica médico-legal, cabe pronunciar-se apenas sobre um dos elementos

²⁰⁰ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, pp.563-564.

²⁰¹ MAGALHÃES, T. et al., Op. Cit. 166, pp.69-70.

²⁰² MAGALHÃES, T. et al., *Ibidem*

da responsabilidade penal inerente à prática do ilícito criminal, ou seja, sobre o dano corporal e a sua relação com a ofensa praticada.²⁰³

Estipula o artigo 144º do CP, *verbis*:

“Artigo 144.º - Ofensa à integridade física grave

Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

- a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente;*
 - b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem;*
 - c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou*
 - d) Provocar-lhe perigo para a vida;*
- é punido com pena de prisão de dois a dez anos.”*

Segundo MANUEL MAIA GONÇALVES²⁰⁴:

Na alínea a) preveem-se lesões graves no corpo, consistentes em privá-lo de “importante órgão ou membro”, ou em “desfigurá-lo grave e permanentemente.” “Órgão” é uma parte de um organismo, do corpo humano, com uma estrutura própria e desempenhando uma função necessária ou útil.

Segundo CARLOS LOPES²⁰⁵ (citando FRANCISCO COIMBRA), órgão é a “*parte componente de um aparelho que contribua de modo especial para as funções desse aparelho necessárias à economia animal*”.

“Membro” é uma parte articular do corpo humano, externa, e com a qual se exercem movimentos. “Desfiguração grave e permanente” é uma alteração estética da aparência de uma pessoa que, para ser considerada *grave* deve ser intensa e extensa, levando-se ainda em conta a localização e as particularidades da pessoa que sofreu; para ser considerada *permanente* a desfiguração deve subsistir durante um período indeterminado e longo sem que seja necessariamente perpétuo. Como tal o perito deverá informar se a desfiguração é ou não permanente, ou seja, se não é susceptível de ser alterada com o tempo ou através de uma intervenção médico-cirúrgica.

²⁰³ GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, pp. 563-564

²⁰⁴ GONÇALVES, M.L.M., *Ibidem*, p. 566.

²⁰⁵ LOPES, C. - *Guia de Perícias Médico-Legais*. 1958.

Na alínea b) preveem-se lesões funcionais que podem não ser visíveis. Estas lesões devem afetar gravemente ou tirar permanentemente as funções especificadas na alínea anterior. Quanto às perturbações das *capacidades intelectuais*, ou de *procriação*, ou da *possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem*, devem estas, ser descritas, considerando os seus aspectos temporários e definitivos, bem como a gravidade da sua afetação.

Na alínea c) preveem-se lesões para a saúde, dando-se maior cobertura a situações censuráveis, especialmente no domínio do perigo. A noção de *doença particularmente dolorosa* corresponderá a uma situação clinicamente identificada como causadora de elevado sofrimento físico, podendo ser temporária ou permanente. A avaliação da intensidade deste sofrimento pode ser feita através da descrição do tipo de lesões sofridas e dos tratamentos ministrados.

Na alínea d) faz-se alusão à provocação do perigo para a vida, incluindo-se aqui as ofensas corporais de que resulte, com dolo, perigo para vida. Deve entender-se que existe perigo para a vida apenas quando se verifica um perigo sério, atual, efetivo e não remoto e meramente presumido.

No que respeita aos arts. 145º e 146º do CP, estes estipulam o crime de ofensas à integridade física qualificada e privilegiada, respectivamente. Sendo que no primeiro caso as ofensas são produzidas em circunstâncias de especial censurabilidade ou perversidade em que é utilizado um meio particularmente perigoso (como uma seringa, um copo partido, etc.) No segundo caso as ofensas são produzidas em circunstâncias especiais em que há uma diminuição sensível da culpa em virtude de emoção violenta, compaixão, desespero, etc.²⁰⁶

2.3.2. Crimes contra a vida na forma tentada (art. 22º e 23º)

Segundo o art. 22º, do CP “há tentativa quando o agente praticar actos de execução de um crime que decidiu cometer, sem que este chegue a consumir-se”. Assim sendo a tentativa viola já a norma jurídica de comportamento que está na base do tipo de ilícito consumado, como uma “*realização dolosa parcial*”, tornando-se, por isso, punível.

No entanto, a verdade é que a tentativa não é punida relativamente a todo e qualquer tipo de crime; e quando o é, não lhe cabe a pena aplicável ao crime consumado.

²⁰⁶ GONÇALVES, M.L.M., Op. cit. 154, pp. 570-571.

Estipula o artigo que, são elementos da tentativa, por um lado a decisão de cometer um crime, por outro lado, a prática de atos de execução de um crime que não chega a consumir-se.²⁰⁷

Salienta ainda MANUEL MAIA GONÇALVES²⁰⁸ que o elemento estrutural da tentativa é a intenção uma vez que a lei estipula que o agente “*decidiu cometer*” um crime. Sendo que a tentativa punível é compatível com qualquer forma de dolo. E segundo o art. 23º “*a tentativa só é punível se ao crime consumado respectivo corresponder pena superior a 3 anos de prisão*”.

“*O crime de homicídio qualificado pode ser cometido com dolo eventual, e a sua tentativa é punível.*”²⁰⁹

2.3.3. Violência doméstica (art. 152º e Lei 112/2009 de 16 de Setembro)

Com a alteração ao Código Penal pela Lei nº 59/2007, surge o art. 152º. Este artigo responde à necessidade de se punir criminalmente os casos mais chocantes de maus tratos na violência doméstica.

Este crime pode concorrer com o de ofensa à integridade física, ficando então consumido aquele que for passível de punição menos gravosa. Existem no entanto algumas diferenças significativas entre ambos: enquanto o crime de ofensa à integridade física pode ser cometido por negligência, o crime de violência doméstica previsto no referido artigo é essencialmente doloso; por outro lado, o crime de ofensa à integridade física pode ser cometido através de um só ato, enquanto que o crime de violência doméstica pressupõe um carácter de habitualidade, havendo, normalmente reiteração das condutas.

Importa considerar, ainda, a nova redação do tipo legal, previsto no nº1 desse artigo, que integra nas suas alíneas uma multiplicidade de possíveis sujeitos passivos do crime, filiados numa relação, presente ou pretérita, de conjugalidade ou união de facto, mesmo sem coabitação, ou numa relação de mera coabitação *latu sensu*, com pessoa particularmente indefesa.²¹⁰

Nestes casos, o bem jurídico, enquanto materialização direta da tutela da dignidade da pessoa humana, (particularmente a saúde, compreendendo-se neste conceito o bem-estar físico, psíquico e mental), implica que a norma incriminadora

²⁰⁷ FIGUEIREDO DIAS, J., Op. cit. 153, pp. 684-692.

²⁰⁸ GONÇALVES, M.L.M., Op. cit. 154, pp. 130-137.

²⁰⁹ in Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, Proc. nº 243/96, de 22 de Maio de 1996.

²¹⁰ GONÇALVES, M.L.M., Op. cit. 154, pp. 589-591.

apenas preveja as condutas efetivamente maltratantes, ou seja, que coloquem em causa a dignidade da pessoa humana, conduzindo à sua degradação pelos maus tratos.

A tutela do bem jurídico é projetada numa relação de afetividade ou coabitação, que pode materializar-se em casamento ou relação análoga, com ou sem coabitação, ou em mera coabitação quando a vítima seja pessoa particularmente indefesa. Sempre pressupondo um nexo relacional, presente ou pretérito, de vida em comum, numa aceção ampla do termo.

Relativamente à factualidade típica do crime de violência doméstica, exige-se que sejam infligidos a outra pessoa maus-tratos físicos ou psíquicos. Trata-se de um crime de execução não vinculada, podendo os maus tratos físicos ou psíquicos consistir nas mais variadas ações ou omissões. Sendo um crime de execução não vinculada, especifica-se agora que os maus tratos poderão incluir castigos corporais, estando em causa, o poder funcional de correção dos pais.²¹¹

O Dr. Plácido Conde Fernandes, Procurador-Adjunto e Docente no Centro de Estudos Judiciários, esclarece clara e sucintamente a violência doméstica no novo quadro legal ²¹²:

“Embora a violência seja um fenómeno generalizado a quase todas as sociedades, a sua definição não é universal. Cada sociedade tem a sua própria violência, correspondendo a critérios que variam de cultura para cultura. O conceito de violência doméstica não é unívoco entre os profissionais que se dedicam ao seu estudo, mas em todas as concepções são identificadas três formas básicas e mais frequentes: a violência sobre as crianças, os idosos e as mulheres (...) É na afirmação do III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010), que se refere que, “a violência doméstica não é um fenómeno novo nem um problema exclusivamente nacional”, mas “a visibilidade crescente que tem vindo a adquirir associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como à afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate a um fenómeno que durante muitos anos permaneceu silenciado” (...).

No contexto político internacional várias medidas, recomendações e normas têm vindo a ser definidas na identificação e combate à violência doméstica, em especial na sua vertente de violência de género e violência contra as mulheres. Desde logo, as Nações Unidas têm procurado combater a violência contra as mulheres, considerando a violência em razão do sexo, nomeadamente a violência doméstica, como um dos principais obstáculos ao pleno gozo dos direitos humanos das mulheres e das suas liberdades fundamentais. A Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, adoptada em Dezembro de 1993, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, declara que “A violência contra as mulheres é uma manifestação da

²¹¹ CARDOSO, C.A.T. - A Violência Doméstica e as penas acessórias. p. 19.

²¹² CONDE FERNANDES, P. - A Violência Doméstica no Novo Quadro Legal. [Em linha]. [Consult. 1 de Setembro 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://penal2.blogspot.pt/2008/10/violencia-domstica-novo-quadro-legal-e.html>;

desigualdade histórica das relações de poder entre sexos, que conduziram à dominação sobre as mulheres e à discriminação contra as mulheres por parte dos homens, e à obstaculização do seu pleno progresso [...]”. Reconhecendo na IV Conferência Mundial, de 1995, que constitui um obstáculo para alcançar os objectivos da igualdade, desenvolvimento e paz (...)

O Comité Económico e Social Europeu da União Europeia, adoptou, na sessão de Março de 2006, um apelo para uma estratégia pan-europeia sobre violência doméstica contra as mulheres. O Conselho da Europa define como objectivos centrais o reconhecimento e o respeito pela dignidade e integridade de mulheres e homens, tal como o combate à violência contra as mulheres (...)

O III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010) reconhece que “apesar da violência doméstica atingir igualmente as crianças, os idosos, pessoas dependentes e pessoas com deficiência, a realidade comprova que as mulheres continuam a ser o grupo onde se verifica a maior parte das situações de violência doméstica, que neste contexto se assume como uma questão de violência de género”. Sem que isso signifique que todas as vítimas de violência doméstica sejam do sexo feminino e que todos os agressores sejam homens. Mas “a pertinência de uma representação não neutral do género nesta criminalidade reside no facto do sexo da vítima e do agressor influenciarem o comportamento de ambos” (...)

Incontestadas são, actualmente, as necessidades de protecção acrescida igualmente devidas a crianças e idosos, enquanto categoria objectiva de vítimas particularmente indefesas.”

A Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas, considerando no seu art. 2º, a), a vítima como “a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um dano moral, ou uma perda material, directamente causada por acção ou omissão, no âmbito do crime de violência doméstica previsto no artigo 152.º do Código Penal.”

Estipula também o Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, Proc. nº 1290/12.1PB AVR.C1, de 29 de Janeiro de 2014 que “[n]o crime de violência doméstica, tutela-se a dignidade humana da vítima. (...) Neste crime não se demanda a prática habitual dos atos ou a repetitividade das condutas, o normativo prevê tanto situações repetitivas ou plurimas como situações de natureza una. (...) O crime de violência doméstica apenas exige que alguém, de modo reiterado ou não inflija maus tratos físicos ou psíquicos no âmbito de um relacionamento conjugal, ou análogo, e determinada por força desse relacionamento e que, por força das lesões verificadas, se entenda que tenha ofendido a dignidade da vítima.”

2.3.4. Maus tratos (art. 152º-A e Lei 147/1999 de 1 de Setembro)

O art. 152º-A estipula, entre outros, que é crime quem inflija a pessoa menor ou particularmente indefesa, de modo intenso ou reiterado, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente. No que respeita às crianças e jovens surge ainda a Lei 147/1999 de 1 de Setembro, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo que no seu art. 3º estipula: *“A intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.”*²¹³

Estreitando a noção de maus tratos, em específico para os menores, podemos considerar que *“os maus tratos contra crianças e jovens podem ser definidos como qualquer acção ou omissão não accidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem (ex: instituições aos quais os cuidados das crianças ou jovens tenham sido entregues) que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima (...) Qualquer tipo de mau trato (cujas diferentes formas abordaremos com maior detalhe seguidamente) atenta, de forma directa, contra a satisfação adequada dos direitos e das necessidades fundamentais das crianças e jovens, não garantindo, por este meio, o crescimento e desenvolvimento pleno e integral de todas as suas competências físicas, cognitivas, psicológicas e sócio-emocionais.*

(...) A maioria das crianças ou jovens quando vitimadas, são-no no seio da própria família de origem, principalmente, pelas pessoas que exercem, com maior regularidade, funções ao nível da prestação de cuidados. Estamos, por isso, a apontar o contexto intra-familiar ou doméstico enquanto espaço privilegiado para a ocorrência de violência contra as crianças e jovens. As características deste espaço de vitimação dificultam a sinalização e actuação atempada neste tipo de violência pela elevada dependência económica, emocional e de satisfação de necessidades de vida essenciais da vítima em relação ao/à agressor/a, circunstância à qual se alia a relação de confiança e os laços de afecto e vinculação que a vítima nutre relativamente à pessoa que a agride e maltrata.”

214

“De acordo com Teresa Magalhães in Maus Tratos em Crianças e Jovens (2004), os maus tratos dizem respeito a “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre

²¹³ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e Direcção-Geral da Saúde - *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. 2011, pp. 11-13

²¹⁴ APAV e Direcção-Geral da Saúde, *Ibidem*.

crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”²¹⁵

No entanto é de salientar que os maus tratos não se resumem à violência exercida pelo adulto responsável pela criança ou jovem no seio familiar. Existindo ainda outras pessoas ou entidades alheias ao contexto familiar (extrafamiliares) que operam ao nível da prestação de cuidados e da socialização de crianças e jovens que podem perpetrar diferentes formas de maus tratos. São exemplos os infantários, estabelecimentos de ensino, instituições ou associações.

As situações de maus tratos contra crianças e jovens concretizadas em contexto intrafamiliar podem e tendem a assumir formas diversificadas, sendo raras as situações de vitimação nas quais apenas uma forma de maus tratos é concretizada isoladamente. As mais comuns são aquelas situações em que coexistem múltiplas formas de maus tratos, sendo que os maus tratos psicológicos/emocionais são transversais e subjacentes a qualquer forma de violência exercida contra a criança ou jovem; as situações de maus tratos físicos, para além de associadas ao abuso emocional/psicológico, envolvem, normalmente, situações de negligência parental; a violência sexual tende a associar-se aos maus tratos físicos e aos maus tratos psicológicos/emocionais.²¹⁶

“As dinâmicas inerentes ao mau trato em contexto intra-familiar assumem especial gravidade e dano para o bem-estar da criança ou jovem pelo facto de se encontrarem aumentadas as probabilidades de a violência que sobre elas é exercida evoluir, gradativamente, tanto ao nível da gravidade dos actos concretizados (ex: aumento do dano físico potencial para a vítima associado ao aumento da severidade da violência), como da sua frequência (isto é, os episódios de mau trato vão sendo concretizados em intervalos de tempo cada vez mais curtos).”²¹⁷

“Nesta medida, poder-se-á afirmar que o fenómeno da criança maltratada corresponde, em sentido lato, a um problema de saúde pública que consubstancia, regra geral, uma forma de “hereditariedade social”. Se nada se fizer para o evitar, o fenómeno da violência tende a repercutir-se numa mesma fratria e a reproduzir-se de geração para geração (...)

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de perigo definidas na Lei (...), podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo

²¹⁵ Direcção-Geral da Saúde - *Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde*. 2008, p.33.

²¹⁶ APAV e Direcção-Geral da Saúde, Op. Cit. 213., p.13.

²¹⁷ APAV e Direcção-Geral da Saúde, *Ibidem*.

potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo. É a diferença entre situações de risco e de perigo que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, em cada um dos dois tipos de casos (...) O actual sistema de protecção focaliza a acção nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da Sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o art. 3º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma (...) Desta forma, a acção dos Serviços de Saúde, para além da detecção de contextos e factores de risco, do reforço de factores protectores e da intervenção atempada, desenvolve-se, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.”²¹⁸

As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, sendo elas, nomeadamente:

- “a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;*
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;*
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;*
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;*
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;*
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.”*

2.3.5. Exposição e abandono (art. 138º)

Incrimina-se nestes casos situações de crimes de perigo que se consumam com a exposição ou o abandono, sendo abrangidos todos os casos em que o agente deixe a vítima indefesa, desde que sobre ele recaia o dever de a guardar, vigiar ou assistir.

²¹⁸ Direcção-Geral da Saúde, Op. Cit. 215, p. 7.

Sendo que é da violação deste dever, e não da debilidade da vítima, que resulta o carácter desvalioso e censurável da conduta.

Segundo o Prof. Eduardo Correia²¹⁹: “*Quem ... expõe ou abandona uma criança de tenra idade, etc. deve saber que pratica acções especialmente perigosas e tem pois um particular dever de representar que, de tais condutas, pode resultar um evento mais grave e, nomeadamente, a morte de alguém. Pelo que se a consequência típica vem, efectivamente, a produzir-se, bem pode dizer-se que o agente actuou em relação a ela (quando as capacidades pes-soais lhe permitam prevê-la) com um uma negligência qualificada, uma negligência grosseira, particularmente censurável... que deriva do desrespeito pelo particular dever de representação, que a prática do crime fundamental doloso envolve...*”

2.3.6. Crimes sexuais (art. 163º, 164º, 165º, 166º, 171º, 172º e 173º)

Quanto aos crimes sexuais, é já muito vasta a jurisprudência e doutrina que os abordam, sendo que para que se pudesse abordá-los seriam necessárias páginas e páginas de reflexão bibliográfica, sendo este um tema por si só para uma dissertação. Como tal, estes crimes são abordados apenas sucintamente, uma vez que seria completamente impreciso excluí-los deste capítulo.

Das anotações de Manuel Maia Gonçalves ao atual Código Penal, podemos retirar que os crimes sexuais, são considerados *crimes contra as pessoas*, e passaram a formar um capítulo autónomo do Código Penal, sob a rubrica *crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual*, dividido por três secções: uma de *crimes contra a liberdade sexual*; outra relativa a *crimes contra a autodeterminação sexual*; e a terceira contendo *disposições comuns*. Estamos agora, portanto perante a proteção da liberdade sexual das pessoas, que se rege por uma regra tipificada: a de que não é crime qualquer espécie de atividade sexual praticada por pessoas adultas, em privado e com consentimento. Estes crimes são nomeadamente: coação sexual, violação, abuso sexual de pessoa incapaz de resistência, abuso sexual de pessoa internada, abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes e atos sexuais com adolescentes.

Foi ainda atribuída a natureza de crimes públicos a todos os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, embora o Ministério Público possa continuar a decidir-se pela suspensão provisória do processo, tendo em conta o interessa da vítima.

²¹⁹ in “*Direito Criminal*”, 1963, p. 443 - citado por GONÇALVES, M.L.M., Op. Cit. 154, p. 546.

Diante dos argumentos acima expostos, vemos que tanto o Direito como a Medicina Legal utilizam-se do que se encontra positivado nos códigos substantivos e adjetivos, bem como no saber hipocrático, para tentarem fornecer à sociedade uma resposta plausível no que tange às práticas criminosas, demonstrando-nos que o estreitamento desses conhecimentos só traz benefícios ao ser humano, destinatário direto da Saúde e da Justiça.

Desta forma, concluímos neste capítulo, ainda que de forma sucinta, uma das possíveis leituras acerca da doutrina vigente no nosso ordenamento jurídico, acerca dos crimes de maior prevalência na área afeta à Medicina Legal, o que, sob nenhuma hipótese, esgota o tema, permitindo-nos, assim, prosseguir com o presente estudo.

3. A Fotografia Forense

Qualquer suspeita de violência, quer por parte de terceiros, quer auto infligida, é tipicamente apenas levantada em retrospectiva, sendo que, muitas das vezes, os exames de clínica médico-legal são requisitados dias após o tratamento inicial nas Urgências. Nestas circunstâncias pode tornar-se impossível reconstruir os achados clínicos dos serviços de urgência, que muitas vezes são aqueles com verdadeira relevância forense. Assim nestes casos a prova fotográfica de lesões antes do seu tratamento poderá desempenhar um papel crucial na aceção forense de uma investigação criminal posterior.²²⁰

É certo que nem todas as lesões que surgem nas Urgências devem ser fotografadas, mas se forem de relevância forense, em caso de suspeita de crime, deveriam ser colhidas imagens dessas lesões.

Graças ao grande desenvolvimento da fotografia digital, estas estão acessíveis a toda a gente, sendo económicas, rápidas e simples de manobrar e conseguem produzir fotografias de boa qualidade. Outras vantagens destas câmaras digitais é o facto de poder visualizar de imediato a fotografia tirada, e poder transferi-las facilmente para o computador através de um cabo USB, para posteriormente imprimi-las.

No entanto um dos problemas da Fotografia Forense é que muitas vezes a imagem não pode ser utilizada, devido à qualidade insuficiente de imagem. Assim é necessário ter especial atenção a alguns pontos fulcrais para a produção de imagens com boa qualidade e para evitar erros comuns, garantindo assim que essas fotografias possam ser usadas como prova forense.

Os erros mais comuns em Fotografia Forense tendem a ser: desfocagem da imagem, devido a tremor das mãos ou do erro ao focar o objeto pretendido; imagens com demasiada luz ou com pouca iluminação; reprodução de cor inadequada; e confusão na imagem, em que o objeto com relevância forense não é o ponto central da fotografia, levando à distração do interpretando.²²¹

Nos últimos tempos, a fotografia tem vindo a ser integrada cada vez mais no quotidiano nas nossas vidas. Traduzindo literalmente do grego, fotografia significa

²²⁰ VERHOFF, M.A., *et al.* - *Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol*. 2012, p.638.

²²¹ VERHOFF, M.A., *et al.*, *Ibidem*.

“escrever com luz”. Como tal, faz sentido que, para compreender a fotografia, seja necessário compreender a importância da luz.²²²

À documentação fotográfica de uma prova para posterior apresentação no tribunal, chamamos Fotografia Forense. E uma vez que esta é essencial para a documentação de provas físicas e concretas, torna-se imperativo que as fotos sejam tiradas e manejadas da forma mais correta. A Fotografia Forense envolve, não só a captação de imagens, mas também a submissão dessas imagens para análise em tribunal, assim, uma vez que cada detalhe deve ser meticulosamente documentado, um controlo efetivo da iluminação torna-se fundamental.²²³

A forma mais básica de iluminação é a iluminação direta. Neste tipo de iluminação, a fonte de luz está localizada acima da câmara. No entanto nos casos em que há pormenores tridimensionais, é necessário utilizar uma iluminação oblíqua para conseguir visualizar os detalhes. Sendo que esta iluminação oblíqua é feita através da colocação da fonte de luz num ângulo plano à superfície que está a ser documentada.²²⁴

Uma imagem pode apresentar-se muito escura (com pouca exposição à luz) ou muito clara (muita exposição à luz), podendo não ser fiel à realidade pretendida (principalmente no que se refere à aceção da coloração da lesão). É preciso ter ainda em atenção a existência de sombras na foto. Estas sombras surgem devido ao facto de a fonte de luz ou flash se encontrar posicionado, não por cima do objeto, mas sim num plano lateral ou oblíquo.²²⁵ (Fig. 28)

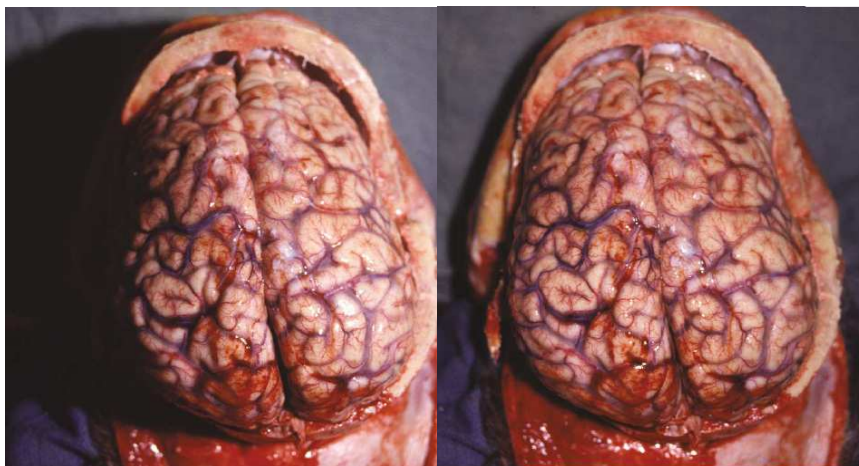


Fig. 28 – A imagem da esquerda apresenta uma sombra, devido ao facto da fonte de luz ou flash estar colocada num ângulo lateral ao do cérebro. As sombras podem ser evitadas, ao colocar a fonte de luz ou flash diretamente por cima do objeto, tal como na foto da direita. Note-se também que na foto da direita o cérebro está bem centrado, enche a imagem na sua totalidade, e não existem distrações em plano de fundo.

(Fonte: DOLINAK, D., et al. - *Forensic Pathology: Principles and Practice*. 2005, pp. 632-633.)

²²² GESTRING, B.J. - *A Forensic Scientist's guide to Photography*. 2007, p. 2

²²³ OZKALIPCI, O. et al. - *Photographic documentation, a practical guide for non professional forensic photography*, 2010, p. 45.

²²⁴ DOLINAK, D. et al. - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. 2005, Pp. 631-632.

²²⁵ DOLINAK, D. et al., *Ibidem*.

Os fotógrafos forenses também usam filtros para restringir o alcance do espectro eletromagnético. Por exemplo, um filtro ultravioleta (UV) é um ótimo método para documentar lesões nos tecidos moles ou para evidenciar a fluorescência natural visível nos fluidos biológicos. O filtro UV ajuda igualmente a destacar uma equimose ou padrões de lesão subtis, nos casos de agressões, que de outro modo poderiam não ser aparentes. Também no que respeita a lesões antigas, como marcas de mordedura, ou lesões com padrão já desvanecidas (não visíveis a olho nu), o filtro UV é capaz de captá-las, evidenciando-as numa fotografia. Isto acontece porque a melanina pode concentrar-se em áreas de lesão, uma vez que esta absorve fortemente a luz UV, levando à hiperpigmentação da pele durante alguns meses.²²⁶ (Fig. 29)

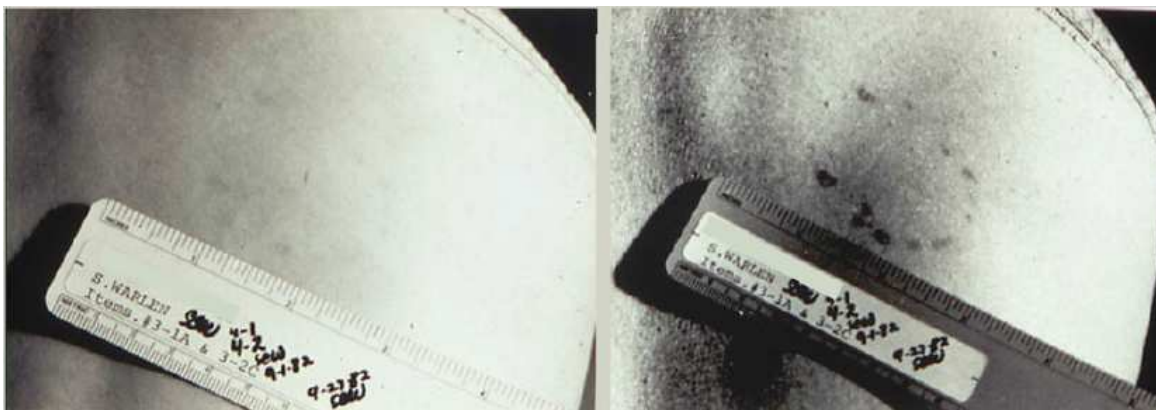


Fig. 29 – Estas imagens apresentam uma marca de mordedura com 5 meses, numa vítima. Podemos observar à esquerda uma fotografia a preto e branco, onde é quase impercetível a lesão. À direita é possível observar o efeito da luz UV sobre a lesão, e verifica-se que, mesmo já com 5 meses, é evidente a impressão da arcada dentária na pele da vítima.

(Fonte: RICHARDS, A. - *Reflected Ultraviolet Imaging for Forensics Application*. 2010.)

Tal como os diagramas corporais e os apontamentos, a fotografia é um componente importante na documentação forense. Esta deve ser tirada desde uma perspetiva abrangente, de maneira a situar espacialmente o objeto/sujeito da fotografia (como uma foto de corpo inteiro e da cara), até um detalhado *close-up*, por exemplo, da lesão a ser analisada.²²⁷ (Fig. 30)

Sendo que, posteriormente esta fotografia poderá ser utilizada como método de comparação entre a lesão e a



Fig. 30 – Na foto “A” é possível verificar três lesões incisais auto infligidas no antebraço esquerdo (esta é uma foto abrangente que permite a situação anatómica espacial). A foto “B” é um *close-up* da lesão na fossa antecubital do antebraço esquerdo.

(Fonte: DIMAIO, V.J. et al. - *Forensic Pathology*. 2001, p. 231)

²²⁶ BARSLEY R.E., et. al. - *Forensic photography. Ultraviolet imaging of wounds on skin*. 1990.

²²⁷ DOLINAK, D. et al., Op. Cit. 224, pp. 631-632.

“arma”, em casos particulares, como os de equimoses ou escoriações com padrão impresso.

É necessário ter ainda em atenção a focagem da fotografia, pois na tentativa de fotografar uma lesão em que exista um plano subjacente numa profundidade diferente, o foco poderá ir para esse plano, desfocando a lesão. Movimentos repentinos ou uma mão pouco estável podem também comprometer a focagem da foto.²²⁸

A capacidade de definição de imagem de uma câmara digital é igualmente importante, e esta capacidade é avaliada através dos pixéis da câmara. Um pixel é o menor ponto que forma uma imagem digital, sendo que o conjunto de milhares de pixels forma a imagem inteira. Megapixel designa um valor equivalente a um milhão de pixéis e é utilizado nas câmaras digitais para determinar o grau de resolução, ou definição de uma imagem. Qualquer câmara digital com 4 megapixéis ou mais é suficiente para a documentação fotográfica forense.²²⁹

Juntamente com a fotografia é guardada informação relevante, e a isto se chama metadata. A metadata contém informação detalhada acerca de quando a fotografia foi tirada, que modelo de câmara foi utilizado e outra informação técnica específica. Para o caso da Fotografia Forense é obrigatório que essa informação acerca da imagem se mantenha no seu formato original (sem edição), sem que exista perda de informação.²³⁰

Nos dias de hoje, as câmaras digitais permitem, ao seu utilizador, escolher o formato em que quer guardar as suas fotografias. Sendo que existem três opções principais: podem ser guardadas em ficheiros não comprimidos (que ocupam muito espaço) os chamados ficheiros RAW; podem ser guardadas como ficheiros comprimidos sem perda de informação (que ocupam um pouco menos de espaço) em que o ficheiro é reduzido através da eliminação de informação redundante, sem que a informação relevante se perca, são exemplos deste tipo de ficheiros os *Tagged Image File Format* (TIFF), *Graphic Interchange Format* (GIF) and *Bitmaps* (BMP); ou podem ser guardados como ficheiros comprimidos com perda de informação (que podem reduzir dramaticamente o tamanho do ficheiro), como os ficheiros *Joint Photographic Experts Group* (JPEG), sendo que ao guardar várias vezes um ficheiro como este, haverá uma contínua perda de dados.²³¹

²²⁸ VERHOFF, M.A., *et al.*, Op. Cit. 220, p. 639.

²²⁹ OZKALIPCI, O., *et al.*, Op. Cit. 223, p.49.

²³⁰ VERHOFF, M.A., *et al.*, *Ibidem*, p. 641.

²³¹ GESTRING, B.J., Op. Cit. 222, pp. 28-31

3.1. Aspetos legais da fotografia como prova

Uma sentença, que põe fim a um determinado processo judicial, consta de duas partes: a verificação dos factos (a atividade probatória) e a aplicação do direito com base nesses factos. Assim sendo é possível verificar que são os factos que posteriormente irão influenciar o direito e por sua vez a decisão. Segundo o art. 341º do Código Civil ²³² “as provas têm por função a demonstração da realidade dos factos”. Por seu turno o Código de Processo Penal utiliza a expressão “*meios de prova*”, que engloba: a atividade probatória, ou seja, a prova enquanto meio ou atividade para produzir um determinado resultado; e o resultado probatório, ou seja, o próprio resultado ou juízo sobre os factos.

Assim, no processo penal (quando estamos perante um crime), tudo tende à comprovação ou à eliminação de uma suspeita que recai sobre um indivíduo ao qual se chama arguido. Isto é feito através da recolha de indícios, por parte de uma investigação criminal (fase de inquérito), que permitam, tanto quanto possível, reconstituir um hipotético facto passado. Esses elementos irão fundamentar a decisão do Ministério Público, de acusar ou de arquivar no final do inquérito, ou a decisão do Juiz de instrução criminal, de pronunciar ou de não pronunciar na conclusão da fase de instrução, sendo cuidadosamente analisados em sede de julgamento para que a decisão final (condenação ou absolvição) seja tomada em conformidade com a convicção que o tribunal formou acerca da prática do facto pelo arguido e da sua responsabilidade penal.

Todas as provas admitidas em processo penal valem tendencialmente o mesmo, uma vez que a entidade competente aprecia-as segundo as regras da experiência e a sua livre convicção – Princípio da livre apreciação de prova - (salvo quando a lei dispõe em contrário). O Princípio da livre apreciação de prova é, porém, comprimido face ao valor probatório atribuído à prova pericial. Com efeito, para a lei atual, o juízo técnico, científico ou artístico (por exemplo, de um médico), inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador. A propósito de um crime em que o respectivo ato de cometimento provoca na vítima lesões, avaliáveis através de sinais ou vestígios, só a respetiva verificação pericial permite confirmar, objetivamente, a alegação do facto praticado. Sendo que fazem parte dessa perícia, embora subentendidamente, o relatório forense e as fotografias inerentes a esse mesmo relatório, devendo ser este considerado como um instrumento essencial de auxílio à autoridade judiciária na apreciação dos factos que requerem conhecimentos de carácter médico ou biológico.²³³

Outro ponto a salientar é a necessidade de obter o consentimento da vítima, quer para tirar as fotografias quer para entregá-las às autoridades judiciais. Assim o

²³² PORTUGAL – *Código Civil*. 2010

²³³ MAGALHÃES, T., et al. - *Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais*. 2003.

paciente/vítima tem que estar ciente que irá ser realizado um exame, que lhe irão ser tiradas fotografias e que uma cópia das mesmas irá ser entregue posteriormente às autoridades intervenientes no processo (o Ministério Público e os Tribunais). Para que o consentimento seja considerado válido tem que ser dado de livre vontade, sem coação nem medo, e de forma esclarecida, pois a vítima tem que perceber e compreender que tipos de fotografias serão tiradas, e qual o objetivo das mesmas. Caso o paciente/vítima se recuse a tirar fotografias tal facto deve ser registado também e assinado pelo paciente.²³⁴

3.2. Aspetos práticos da Fotografia Forense

A fotografia pode e deve ser um dos métodos de documentação utilizados pelos médicos, como auxiliador de memória, sempre após obter o consentimento do paciente para tal. Assim sendo, a primeira fotografia a ser tirada deverá ser a da folha onde o paciente assinou o seu consentimento para que aquele exame seja realizado, permitindo realizar uma introdução ao ficheiro fotográfico, pois essa folha detém desde já alguns dados acerca do paciente (nome, número de paciente no hospital, etc.)²³⁵

Para que seja tirada uma fotografia de qualidade ou um *close-up*, a pessoa que está a fotografar deve ter em atenção alguns passos a seguir. Em primeiro lugar, deve se certificar que a câmara inclui uma lente macro, que são lentes especiais capazes de focar a uma distância muito próxima do objeto ou lesão e capazes de minimizar a distorção. Hoje em dia praticamente todas as máquinas digitais possuem esta característica Macro, normalmente representada pela imagem de uma flor. Assim, para obter uma imagem focada e com qualidade, a lente deve apontar diretamente para área de interesse e antes de tirar a fotografia, deve-se aguardar que esta faça a focagem automática (no caso das câmaras sem objetiva).²³⁶

A pessoa a fotografar deve ainda ter em atenção que, regra geral, a câmara deve estar paralela àquilo que se está a fotografar, uma vez que qualquer desvio anguloso na posição da câmara irá provocar distorção da imagem, aparentando algo que não é (como por exemplo, uma largura ou um comprimento maior do que a realidade). É também necessário ter em atenção que, o que está a ser fotografado preenche o campo de visão da lente, originando uma imagem totalmente focada (que pode ser aumentada sem que haja distorção) e sem distrações em plano de fundo. Por último é também crucial incluir

²³⁴ OZKALIPCI, O., *et al*, Op. Cit. 223, p.45

²³⁵ SHERIDAN, D.J. - *Forensic Documentation of Battered Pregnant Women*. 1996

²³⁶ VERHOFF, M.A., *et al*, Op. Cit. 220, pp. 639-640.

uma escala/régua, de maneira a aferir as dimensões reais do que está a ser fotografado.²³⁷

No caso de se estar a fotografar lesões, é aconselhável, a utilização de uma régua colorida de ângulo reto para uma potencial comparação com a arma da agressão, nos casos de lesões com impressão do objeto que as causou, ou marcas de mordeduras. Cada lesão necessita de ser fotografada em *close-up* com Macro pelo menos duas vezes, a primeira sem utilizar a régua colorida, e a segunda colocando a régua perto da lesão. Estas réguas coloridas auxiliam na reprodução mais precisa das cores durante a impressão da fotografia. E o ângulo reto da régua auxilia no estabelecimento preciso do tamanho da lesão.²³⁸

O profissional deve sempre confirmar o nome e o número do paciente, e colocá-los na identificação da fotografia.

As lesões devem ser fotografadas com a câmara posicionada paralelamente à parte anatómica a ser fotografada, totalmente de frente para a lesão, uma vez que se for posicionada num ângulo anormal poderá induzir a erros de interpretação. As fotografias das lesões devem incluir uma “fotografia de orientação” que indique a região anatómica onde se encontra a lesão, e então de seguida deve ser tirada um *close-up* da lesão com a função Macro de maneira a evidenciar detalhadamente todas as suas características. A orientação da fotografia é igualmente importante, sendo que a melhor será aquela em que a máquina é posicionada de acordo com a lesão que está a fotografar, assim, se for uma lesão numa região anatómica comprida como a perna, deverá posicionar-se na vertical, se for numa região larga como tórax deverá posicionar-se na horizontal.²³⁹

É igualmente, recomendável que as fotografias de lesões, mesmo as que estão muito ensanguentadas, sejam tiradas antes e depois da limpeza e tratamento das mesmas (mesmo que estas fotos não sejam esteticamente agradáveis) para que os outros intervenientes no processo possam ter noção do resultado concreto daquela agressão.²⁴⁰ (Fig. 31)

²³⁷ OZKALIPCI, O., *et al*, Op. Cit. 223, p.47.

²³⁸ SHERIDAN, D.J., Op. Cit. 235.

²³⁹ GESTRING, B.J., Op. Cit. 222, pp. 2-10 e DOLINAK, D. *et al*, Op. Cit. 224, pp. 631-636.

²⁴⁰ VERHOFF, M.A. *et al*, Op. Cit. 220, p. 639.

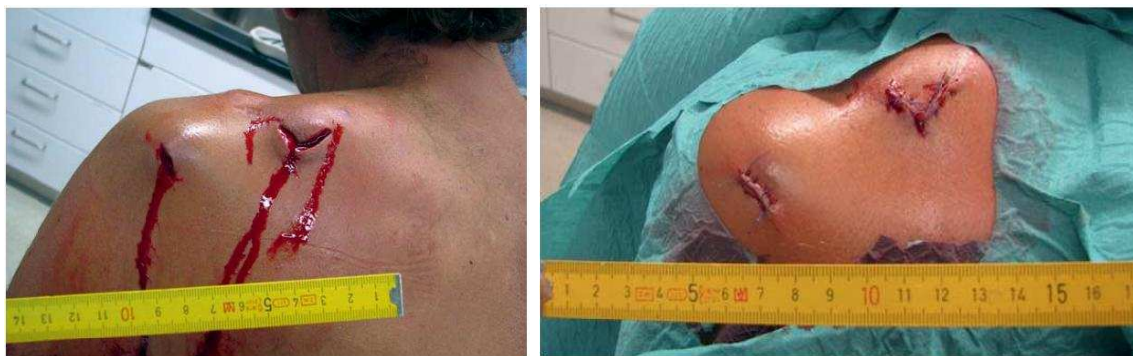


Fig. 31 – Da esquerda para a direita: fotos antes e depois (respectivamente), do tratamento realizado nos SU de uma vítima de esfaqueamento (lesões perfurocortantes).

(Fonte: VERHOFF, M.A. et al, *Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol*. 2012, p. 639.)

E em caso de existirem roupas rasgadas ou ensanguentadas, devem ser tiradas fotografias às mesmas, especialmente se as roupas ajudarem a estabelecer a coerência entre as lesões e a história reportada pelo paciente.²⁴¹

Em resumo, o profissional que tira a fotografia deve sempre assegurar-se que esta está centrada e representada na sua totalidade sem cortes de partes relevantes; caso se tratar de uma lesão de grande extensão é aconselhável tirar as fotografias de forma sequencial podendo haver sobreposição das zonas fotografadas. É importante que aqueles que tiram as fotografias compreendam o propósito das mesmas, e que possibilitem uma fácil e simples compreensão por parte de quem as irá interpretar em tribunal.²⁴²

É ainda aconselhável, em caso de dúvida, se deverá ou não tirar a fotografia, tirá-la. Pois é sempre melhor ter fotos a mais do que insuficientes. E nunca esquecer que a qualidade das fotografias irá melhorar consoante as tentativas, os próprios erros e a experiência adquirida.²⁴³

²⁴¹ SHERIDAN, D.J, Op. Cit. 235.

²⁴² Evans S., et al. - *Focussing on the future: Survey results on the image capture of patterned cutaneous injuries*. 2014

²⁴³ GESTRING, B.J., Op. Cit. 222, pp. 2-10 e DOLINAK, D. et al, Op. Cit. 224, pp. 631-636.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1. Natureza e caracterização do Estudo

O conhecimento pode ser adquirido de muitas formas; para além da investigação científica, existe ainda a aquisição de saber através da intuição; a obtenção de conhecimento através das tradições e costumes culturais; através de raciocínio lógico e ainda através da experiência pessoal. Pode-se referir, ainda, que a investigação científica desenvolve de forma contínua uma profissão e torna os seus profissionais peritos num domínio particular de conhecimentos e de prática.²⁴⁴

Na primeira parte da dissertação, que representa a fase teórica de contextualização, tentou-se ordenar conceitos e definições, para que fossem criadas bases para estudo de investigação.

Na segunda parte, pretende-se apontar qual a metodologia utilizada, procedendo-se à sua descrição e caracterização. Existem vários tipos de instrumentos de dados, que preveem o tipo de análise estatística que poderá ser útil no tratamento dos dados.

Antes de se proceder à leitura dos números seguintes, é pertinente circunscrever o campo e o domínio da presente dissertação. Assim, o campo de interesse deste estudo relaciona-se com preocupações de âmbito jurídico em relação à Medicina praticada nos Serviços de Urgência, à Traumatologia Forense e à sua potencial ajuda para a Justiça portuguesa. Bem como estabelecer uma metodologia de documentação para minimizar as perdas de provas, para os casos atendidos nos SU e que sejam, em tese, potenciais crimes.

Neste vasto campo de interesse foi delimitado o domínio da investigação, que surgiu a partir da curiosidade pessoal e de interrogações acerca do funcionamento dos Serviços de Urgência em Portugal perante casos com relevância médico-legal, nomeadamente dos procedimentos e/ou comportamentos dos profissionais de saúde perante vítimas de crimes tais como, violência doméstica e maus tratos a crianças e idosos e ofensas à integridade física, em contexto de comparação com outros ordenamentos jurídicos.

²⁴⁴ FORTIN, M. - *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. 1999.

1.1. Objetivo e justificação do Estudo

O objetivo de um estudo tende a indicar o “porquê” de uma determinada investigação ser levada a cabo, enunciando de forma precisa os conceitos, definições e teorias inerentes ao mesmo, a população, as variáveis e ainda o rumo e direção que irão ser dados durante o mesmo.

Assim, as principais finalidades deste estudo prendem-se, essencialmente, com a necessidade de colaborar nos avanços do conhecimento dos profissionais presentes nos Serviços de Urgência hospitalares, acerca da importância da traumatologia e sensibilizá-los para as repercussões que os seus procedimentos poderão ter perante os casos em que esteja em causa a ocorrência de um crime, auxiliando o desempenho da Justiça.

Este estudo também tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nos Serviços de Urgência perante vítimas de crimes que provocam um dano físico, no sentido de cooperar, com as suas ações na investigação criminal, com um fundamental interesse público.

Para além do que foi descrito, os objetivos específicos da presente pesquisa foram delineados de modo a:

- Identificar, atendendo à atualidade estatística, os crimes de maior relevância em Portugal, que causem danos físicos (lesões);
- Demonstrar qual a melhor maneira para documentar uma lesão (através de notas e fotografias), tendo em conta que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) são os primeiros a ter acesso à vítima nos Serviços de Urgência;
- Estabelecer a maneira adequada de identificar, interpretar e documentar lesões, focando aquelas lesões sofridas por vítimas de maus tratos e agressões e estabelecendo o nexo de causalidade entre a lesão e a ação que a causou ou a “arma” do crime;
- Explicar a importância da Fotografia Forense, no sentido de documentação, em contexto hospitalar;
- Explicar a importância da implementação de Protocolos de atuação específica ou *guidelines* para estes casos, em comparação com outros ordenamentos jurídicos, tendo em conta o funcionamento dos sistemas de Saúde e de Justiça nacionais;
- Explicar a importância dessa documentação nos Serviços de Urgência, como prova nos tribunais, em caso de crimes contra a integridade física, crimes de maus tratos e outros crimes violentos que causem dano físico;

- Evidenciar os benefícios que a interdisciplinaridade entre a Medicina e o Direito pode trazer para a Justiça.

De facto, o sucesso da administração da Justiça depende, muitas vezes, do rigor com que uma determinada realidade histórica é reconstituída perante o julgador, que a tem de subsumir a determinado enquadramento normativo, dependendo da subsunção dos factos ao Direito ou da qualificação jurídica. No alcançar de tal desiderato, face à evolução do conhecimento científico e à não compartimentação deste em espaços isolados, impõe-se que, para o processo de formação da convicção do julgador, possam contribuir, de forma cada vez mais decisiva, tudo quanto a ciência possa disponibilizar para um maior e melhor apuramento dos factos em apreciação, em ordem a um crescente alcance da verdade material.

Foi este um dos fatores que me levou a procurar este tema, ou seja, o de uma crescente preocupação no sentido de que as decisões judiciais possam ser complementadas e englobar, muito para além do que tem sido feito até ao presente, o contributo de vários domínios da ciência, tal como a Medicina, para uma mais e melhor Justiça.

1.2. Metodologia: estatística e atualidade

A abordagem metodológica prevista para este estudo insere-se numa vertente mais qualitativa e o tipo de estudo prevê-se que seja exploratório-descritivo. Assim, os métodos a serem utilizados neste estudo têm uma natureza quantitativa mista, uma vez que se conceptualiza e se descreve certas características de uma população e também se descrevem conceitos que estão associados ao fenómeno em estudo.²⁴⁵

As fontes a que se recorreu para obtenção de informações e dados para este estudo foram as seguintes: livros atualizados acerca desta temática, análise documental de artigos publicados em revistas científicas, acórdãos e jurisprudência, assim como bases de dados estatísticos de grandes instituições, de maneira a ter uma ideia geral da realidade nacional.

A análise documental revelou-se uma fase importante para o entendimento das questões gerais deste estudo. A investigação realizada faz uma abordagem orientada para a pertinência do estudo e para o problema em si, na medida em que analisa de modo comparativo jurisprudência, doutrina e estudos oriundos das mais variadas instâncias e saberes.

²⁴⁵ FORTIN, M., Op. Cit. 244.

A Estatística é a ciência que permite a estruturação da informação numérica, obtida a partir de um determinado conjunto de sujeitos, para se proceder a um resumo e consequente análise dos resultados obtidos.²⁴⁶

A investigação foi realizada no ano 2014, limitada pelos métodos de recolha de dados estatísticos fornecidos, fundamentalmente pelo Relatório Anual da APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), referente ao ano 2013 e pelo Relatório Anual de Segurança Interna (RASI), também referente ao ano 2013. Decidi utilizar estes relatórios porque, para este caso concreto, era de meu interesse adquirir uma ideia generalizada de um estudo a nível nacional, e não uma ideia específica e localizada.

Foi ainda utilizado o método de análise de jurisprudência no âmbito do direito comparado, no sentido da implementação de Protocolos Forenses nos Serviços de Urgência em Portugal, tal como acontece no ordenamento jurídico dos Estados Unidos da América.

1.2.1. RASI

O RASI (Relatório Anual de Segurança Interna) é um relatório anual que define as grandes prioridades da política de segurança do Governo, elaborando orientações estratégicas em matéria de segurança interna. Podemos encontrar no Capítulo 2 deste relatório (Caracterização da Segurança Interna) no subtema “Criminalidade Participada”, as participações registadas pelos Órgãos de Polícia Criminal (OPC) de competência genérica (Polícia de Segurança Pública, PSP; Guarda Nacional Republicana, GNR; e Polícia Judiciária, PJ) que posteriormente são enviadas para Direção-Geral da Política da Justiça (DGPJ), do Ministério da Justiça, entidade com competência legal para a recolha, tratamento e difusão dos resultados, no quadro do sistema estatístico nacional, nos termos do artigo 2º, nº 2 do Decreto-Lei nº 123/2007, de 27 de Abril.²⁴⁷

“No ano 2013, os OPC de competência genérica (PSP, GNR e PJ) registaram um total de 368 452 participações de natureza criminal.”²⁴⁸

Tabela 3

Fonte: RASI, 2013, p. 34



²⁴⁶ FORTIN, M., Op. Cit. 244.

²⁴⁷ Relatório Anual de Segurança Interna (RASI), 2013, p.33.

²⁴⁸ RASI, *Ibidem*.

Tabela 4

Fonte: RASI, 2013, p. 40

Crimes mais participados no ano 2013				
Denominação	Ano 2012	Ano 2013	Dif	Var %
Furto em veículo motorizado	32.772	29.654	-3.118	-9,5 %
Ofensa à integridade física voluntária simples	26.430	25.048	-1.382	-5,2 %
Condução de veículo com taxa de álcool igual superior a 1,2	25.365	24.607	-758	-3,0 %
Furto em residência c arromb Escal Ou chaves falsas	25.148	22.197	-2.951	-11,7 %
Violência doméstica contra cônjuge ou análogos	22.247	22.928	681	3,1 %
Outros danos	19.641	18.150	-1.491	-7,6 %
Condução sem habilitação legal	15.844	12.019	-3.825	-24,1 %
Furto de veículo motorizado	15.839	14.762	-1.077	-6,8 %
Ameaça e coação	15.755	14.680	-1.075	-6,8 %
Furto de metais não preciosos	15.171	13.422	-1.749	-11,5 %
Outros furtos	13.702	11.451	-2.251	-16,4 %
Furto em edif Comerc Ou indust C arromb Escal Ou chav	12.345	10.812	-1.533	-12,4 %
Furto por carteirista	11.000	10.263	-737	-6,7 %
Incêndio fogo posto em floresta, mata, arvoredo ou seara	9.333	9.295	-38	-0,4 %
Furto de oportunidade/de objectos não guardados	7.960	9.533	1.573	19,8 %

É possível verificar que os crimes contra as pessoas, de ofensa à integridade física voluntária simples e de violência doméstica contra cônjuge ou análogos, encontram-se no topo dos crimes mais participados em 2013. (Tabela 3)

Segundo o RASI²⁴⁹, os crimes contra as pessoas foram a segunda categoria de criminalidade, reunindo 22,8% de participações.

Tabela 5

Fonte: RASI, 2013, p. 45

O certo é que o crime de violência doméstica teve um aumento de 3,1% em relação ao ano de 2012, com mais 681 participações. (Tabela 4)

Sendo que os crimes de ofensas à integridade física voluntária simples têm vindo a diminuir ao longo dos anos, no que concerne às participações realizadas. (Tabela 5)

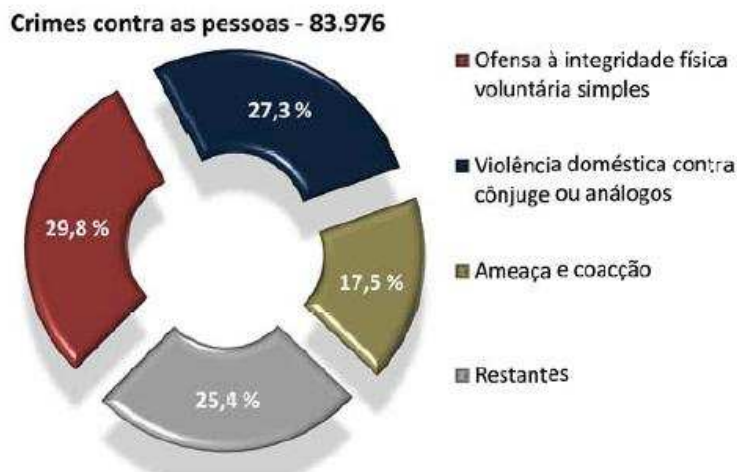
TABELA DE CRIMES MAIS PARTICIPADOS EM 2013	
Denominação	Ano 2013
Furto em veículo motorizado	29.654
Ofensa à integridade física voluntária simples	25.048
Condução de veículo com taxa de álcool igual superior a 1,2	24.607
Furto em residência c arromb Escal Ou chaves falsas	22.197
Violência doméstica contra cônjuge ou análogos	22.928
Outros danos	18.150
Condução sem habilitação legal	12.019
Furto de veículo motorizado	14.762
Ameaça e coação	14.680
Furto de metais não preciosos	13.422
Outros furtos	11.451
Furto em edif Comerc Ou indust C arromb Escal Ou chav	10.812
Furto por carteirista	10.263
Incêndio fogo posto em floresta, mata, arvoredo ou seara	9.295

²⁴⁹ RASI, Op. Cit. 247, pp. 40-45.

De um total de 368.452 participações no ano de 2013, 83.976 das mesmas correspondem a crimes contra as pessoas, os quais são maioritariamente representados pelo crime de ofensas à integridade física voluntária simples (29,8%) e crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogos (27,3%). (Tabela 6)

Tabela 6

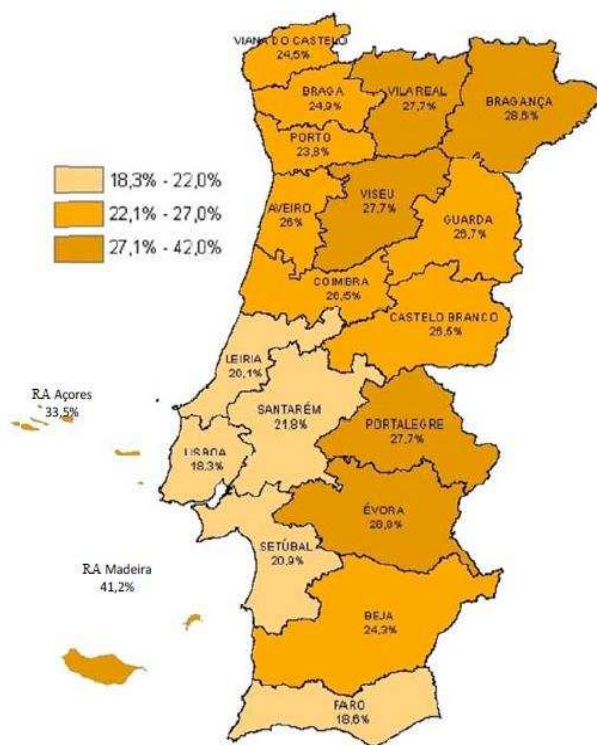
Fonte: RASI, 2013, p. 50



Os crimes contra as pessoas registaram uma maior incidência nos distritos do interior e nas Regiões Autónomas, apresentando estas os valores mais elevados no que respeita a estes crimes. (Tabela 7)

Tabela 7 – Crimes contra as pessoas divididos por distritos de Portugal

Fonte: RASI, 2013, p. 51



Segundo o RASI²⁵⁰, em 2013 foram registradas 27.318 participações de crimes de violência doméstica pelas forças de segurança (PSP e GNR). Em que, cerca de, 81% das vítimas foram mulheres e 86% dos denunciados foram homens. Relativamente às idades, cerca de, 81% das vítimas possuíam 25 ou mais anos, cerca de 10% possuíam menos de 16 anos e cerca de 9% possuíam idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos. A grande maioria dos denunciados (93,9%) possuía idade igual ou superior a 25 anos. (Tabela 8)

Tabela 8 – Estatísticas relativas ao crime de violência doméstica

Fonte: RASI, 2013, pp. 77-78

<i>Sexo das vítimas</i>	2009	2010	2011	2012	2013
Mulher	28868 (82,6%)	29251 (82,3%)	27507 (81,6%)	25416 (81,9%)	25994 (81,4%)
Homem	6093 (17,4%)	6283 (17,7%)	6200 (18,4%)	5627 (18,1%)	5936 (18,6%)
TOTAL	34961 (100%)	35534 (100%)	33707 (100%)	31043 (100%)	31930 (100%)

<i>Idade das vítimas</i>	2009	2010	2011	2012	2013
< 16 anos	2625 (7,5%)	2839 (8,0%)	3154 (9,4%)	2989 (9,6%)	3155 (9,9%)
16-24 anos	3399 (9,7%)	3514 (10,0%)	3169 (9,4%)	2696 (8,7%)	3003 (9,4%)
25 e mais anos	28952 (82,8%)	29242 (82,2%)	27382 (81,2%)	25350 (81,7%)	25775 (80,7%)
TOTAL	34976 (100%)	35595 (100%)	33705 (100%)	31035 (100%)	31933 (100%)

<i>Sexo dos(as) denunciados(as)</i>	2009	2010	2011	2012	2013
Mulher	4172 (12,4%)	4282 (12,5%)	4354 (13,3%)	3983 (13,2%)	4349 (14,0%)
Homem	29504 (87,6%)	29947 (87,5%)	28299 (86,7%)	26174 (86,8%)	26730 (86,0%)
TOTAL	33676 (100%)	34229 (100%)	32653 (100%)	30162 (100%)	31079 (100%)

<i>Idade dos(as) denunciados(as)</i>	2009	2010	2011	2012	2013
< 16 anos	52 (0,2%)	46 (0,1%)	52 (0,2%)	33 (0,1%)	42 (0,1%)
16-24 anos	2163 (6,4%)	2076 (6,1%)	1878 (5,8%)	1663 (5,5%)	1841 (5,9%)
25 e mais anos	31458 (93,4%)	32120 (93,8%)	30705 (94,1%)	28428 (94,4%)	29199 (93,9%)
TOTAL	33673 (100%)	34242 (100%)	32635 (100%)	30124 (100%)	31082 (100%)

Fonte: Cálculos da DGAI com base nos dados fornecidos pelas Forças de Segurança; os dados referem-se aos totais anuais.

No que diz respeito ao grau de parentesco ou à relação entre as vítimas e denunciados, em mais de metade dos casos (58%) a vítima era cônjuge ou companheira (o), cerca de 16% eram ex-cônjuges ou ex-companheiras (os), cerca de 14% das vítimas eram os filhos ou enteados e em quase 6% eram os ascendentes. (Tabela 9)

Tabela 9 – Estatísticas relativas ao crime de violência doméstica

Fonte: RASI, 2013, pp. 77-78

<i>Grau de parentesco vítima – denunciado(a)</i>	2009	2010	2011	2012	2013
Cônjuge/companheiro/a	21906 (63,9%)	22103 (63,3%)	20447 (61,5%)	18716 (61,2%)	18309 (58,0%)
Ex-cônjuge/ex-companheiro/a	4644 (13,5%)	5152 (14,8%)	5379 (16,2%)	5021 (16,4%)	5084 (16,1%)
Pais ou padrastos	2392 (7%)	2263 (6,5%)	1931 (5,8%)	1871 (6,1%)	1757 (5,6%)
Filhos/as / enteados/as	4150 (12,1%)	4173 (12,0%)	4389 (13,2%)	4154 (13,6%)	4344 (13,8%)
Outro grau/relação	1192 (3,5%)	1201 (3,4%)	1075 (3,2%)	838 (2,7%)	2073 (6,6%)
TOTAL	34284 (100%)	34892 (100%)	33221 (100%)	30600 (100%)	31567 (100%)

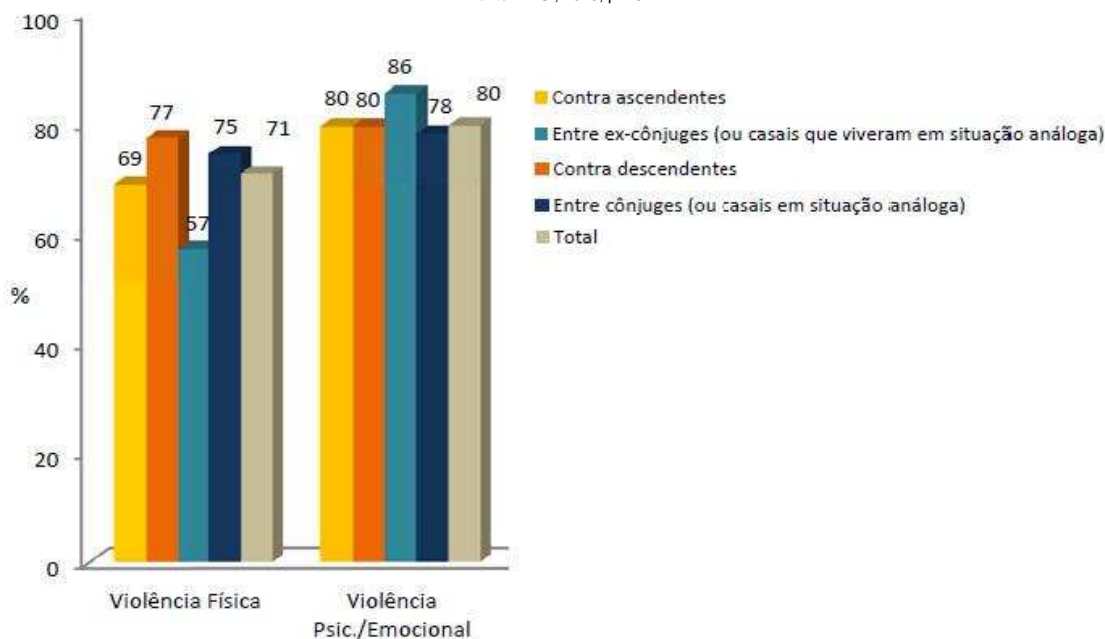
Fonte: Cálculos da DGAI com base nos dados fornecidos pelas Forças de Segurança; os dados referem-se aos totais anuais.

²⁵⁰ RASI, Op. Cit. 247, p. 72.

As estatísticas apontam ainda que em 80% das situações de violência doméstica foi assinalada a existência de violência psicológica e em 71% dos casos foi assinalada violência física. Constatando-se, curiosamente, que atendendo ao tipo de relação entre vítima-denunciado, a violência física foi mais predominante (77%) contra os descendentes (filhos, enteados, netos, sobrinhos, etc.). Já a violência psicológica é predominante nas relações entre ex-cônjuges (86%). (Tabela 10)

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao crime de violência doméstica

Fonte: RASI, 2013, p. 79



1.2.2. APAV

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) é uma instituição particular de solidariedade social, que tem como objetivo estatutário promover e contribuir para a informação, proteção e apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais. É, em suma, uma organização sem fins lucrativos e de voluntariado, que apoia de forma individualizada, qualificada e humanizada, vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais.

No decorrer da sua atividade a APAV mantém um registo detalhado das suas atuações a nível nacional. E, graças a este registo, a instituição consegue reproduzir dados estatísticos através do seu Relatório Anual²⁵¹. Em cada uma das Unidades Orgânicas da APAV (Gabinetes de Apoio à Vítima; Casas Abrigo, Unidades de Apoio à Vítima Imigrante) há uma recolha da informação processual, através da utilização de uma plataforma informática; posteriormente essa informação é tratada tendo em conta

²⁵¹ que pode ser encontrado no site da APAV, em <http://www.apav.pt/estatisticas>.

diversas dimensões, nomeadamente o número total de atendimentos em cada ano, o número de vítimas diretas, autores de crime e o número de crimes registados em cada processo; e numa fase final são produzidos os relatórios estatísticos (anuais), através da obtenção de uma panorâmica geral do trabalho desenvolvido pela APAV (conjunto das Unidades Orgânicas que fazem atendimento às vítimas de crime).

O Relatório Estatístico da APAV de 2013 *“pode permitir traçar um cenário geral sobre as vítimas de todos os crimes que recorrem aos serviços da APAV, bem como, dar a conhecer o trabalho sistemático de prevenção e de formação na área da violência e da criminalidade.”*²⁵²

Segundo o Relatório²⁵³, no ano de 2013 a APAV realizou 37.222 atendimentos à vítima. A instituição define este atendimento como *“qualquer forma de contacto (presencial, telefónico, e-mail) efetuado entre os Técnicos de Apoio à Vítima da APAV e a própria vítima ou terceira pessoa (familiar, amigo, advogado, instituição) a fim de tratar de questões respeitantes ao processo de apoio à vítima (seja da área social, jurídica, psicológica)”*.

*“Na rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima, Casas de Abrigo e Unidades de Apoio à Vítima Migrante, os Técnicos de Apoio à Vítima da APAV, na sua grande maioria voluntários, desenvolveram 11.800 processos de apoio, tendo apoiado 8.733 vítimas diretas de um ou mais crimes. Os (as) utentes apoiados (as) pela APAV em 2013 relataram ter sido vítimas diretas de 20.642 crimes.”*²⁵⁴

Tabela 11

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 8



²⁵² Relatório Estatístico da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 2013, p. 3.

²⁵³ Rel. Est. da APAV, *Ibidem*

²⁵⁴ Rel. Est. da APAV *Ibidem*, p. 8

Quanto aos 20.642 crimes registrados pela APAV no ano de 2013, seguindo a tendência de anos anteriores, os crimes praticados no âmbito da violência doméstica, têm uma representação de mais de 80%. Porém é importante realçar que os crimes contra as pessoas, designadamente os crimes contra a integridade física e liberdade pessoal, entre outros, somaram um total de 12,3% dos crimes em 2013. (Tabela 11)

Na categoria dos crimes contra as pessoas (12,3%), são de destacar os crimes de ofensas à integridade física simples, que representam 21,4% das queixas. Os maus tratos, fora do âmbito da violência doméstica, apresentam também alguma expressividade, pelo que foram relatados, pelas vítimas, 168 (6,6%) crimes desta natureza. (Tabela 12)

Tabela 12

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 8

Crimes contra as pessoas		N	%
vida ou integridade física	Homicídio tentado	29	1,1
	Homicídio consumado	55	2,2
	Ofensa à integridade física simples	545	21,4
	Ofensa à integridade física grave	100	3,9
	Ofensa à integridade física - outra (qualificada, privilegiada, por negligência)	67	2,6
	Maus tratos (que não violência doméstica)	168	6,6
	Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos ("negligência médica")	9	0,4
	Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos sem consentimento do paciente	1	0,04
	Outros crimes contra a vida ou a integridade física	23	0,9

Na grande fração dos crimes de violência doméstica (84,2%), considerando o vasto leque de crimes que estão incluídos nesta categoria, é de realçar a percentagem significativa que assumem os maus tratos psíquicos (36,8%) e os maus tratos físicos (26,9%), cuja soma perfaz 63,7% dos crimes de violência doméstica. (Tabela 13)

Tabela 13

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 12

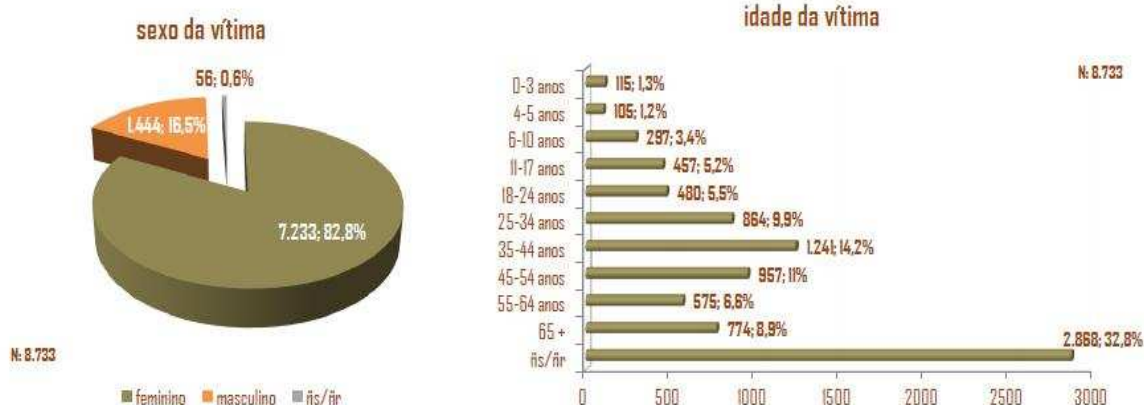
Crimes de violência doméstica		N	%
sentido lato	Violação de domicílio ou perturbação da vida privada	231	1,3
	Devassa da vida privada/gravações e fotografias ilícitas	66	0,4
	Violação de correspondência ou de telecomunicações	94	0,5
	Coação sexual	36	0,2
	Violação	68	0,4
	Abuso sexual de crianças	32	0,2
	Abuso sexual de menor dependente	13	0,1
	Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência	3	0,0
	Subtração de menor	27	0,2
	Violação da obrigação de alimentos	52	0,3
	Homicídio Tentado	34	0,2
	Homicídio Consumado	6	0,0
	Dano	109	0,6
	Furto/roubo	120	0,7
	Outros crimes	50	0,3
total parcial		941	5,4
sentido estrito	Maus tratos físicos	4.684	26,9
	Maus tratos psíquicos (automatizado quando assinalados os maus tratos físicos)	6.403	36,8
	Ameaça/coação	3.107	17,9
	Injúrias/difamação	1.670	9,6
	Natureza sexual	223	1,3
	Outros crimes	356	2,0
total parcial		16.443	94,6
total		17.384	100

Num total de 8.733 casos acompanhados pela APAV em 2013, 82,8% destes eram vítimas do sexo feminino. No que diz respeito à idade das vítimas, as mesmas situam-se, sobretudo na faixa etária entre os 25 e os 54 anos, com especial destaque para o intervalo de idades dos 35 aos 44 anos, com um total de 14,2%. Relativamente aos menores, a faixa etária mais significativa situa-se entre os 11 e os 17 anos de idade (5,2%). Quanto às pessoas idosas, os registos assinalam 8,9% do total de vítimas. (Tabela 14)

Tabela 14

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 18

caracterização da vítima

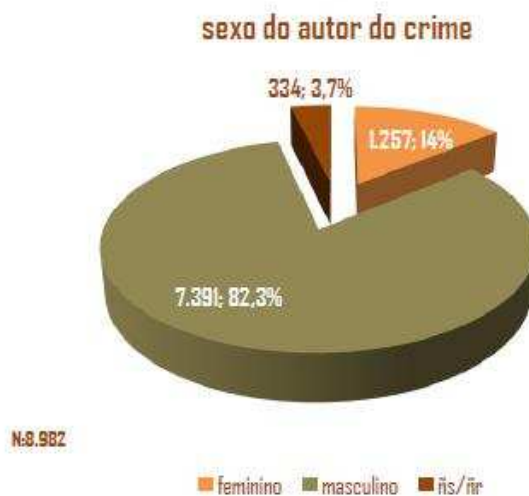
**Tabela 15**

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 24

Em 2013, a APAV registou um total de 8.982 autores de crime, mais 249 autores de crime face às 8.733 vítimas diretas apoiadas. Deste total apurado, 82,3% eram do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. (Tabela 15)

Quando passamos a analisar as relações entre o autor do crime e a vítima, algumas delas sobressaem, designadamente as relações de

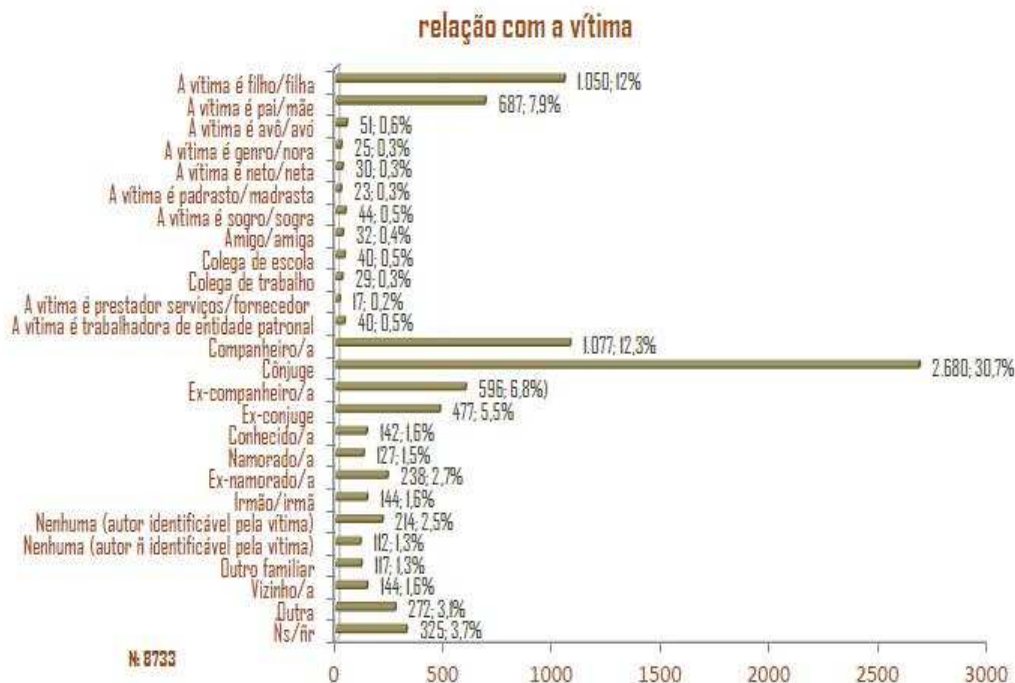
caracterização do autor do crime



conjugalidade (30,7% - cônjuge; 12,3% - companheiro; 6,9% - ex-companheiro e 5,5% - ex-cônjuge) e as relações familiares (filhos – 12%; pais – 7,9%; irmãos – 1,6%; avós – 0,6%,). (Tabela 16)

Tabela 16

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 23

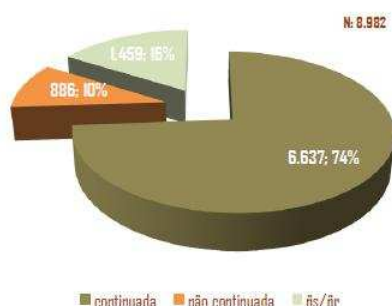


Quanto ao tipo de vitimação (continuada ou não continuada), a vitimação continuada (74%) sobrepôs-se significativamente face ao tipo de vitimação não continuada. Este facto deveu-se à percentagem bastante elevada de casos que ocorreram em ambiente doméstico. Segundo os dados apurados pela APAV para o ano de 2013, a duração da vitimação mais registada foi entre os 2 e os 6 anos (14,7%). Contudo, é interessante referir que as situações com uma duração superior a 20 anos apresentaram registos na ordem dos 4% (mais de 400 casos assinalados). (Tabela 17)

Tabela 17

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 26

caracterização da vitimação
tipo de vitimação



duração da vitimação	N	%
entre 1 e 6 meses	475	5,3
entre 7 meses e 1 ano	620	6,9
entre 2 e 6 anos	1.322	14,7
entre 7 e 11 anos	497	5,5
entre 12 e 20 anos	479	5,3
mais de 20 anos	419	4,7
ns/nr	5.170	57,6
total	8.982	100

Ainda segundo este Relatório²⁵⁵, os locais de vitimação mais referenciados foram a residência comum (da vítima e do autor do crime – 54,1%) e a residência da vítima (13,2%).

O apoio à vítima de crime é um trabalho multidisciplinar e requer, por isso, uma resposta integrada, complementar e de cooperação com outras entidades, sendo que as que mais cooperam são a Segurança Social e a Polícia de Segurança Pública. (Tabela 18)

Tabela 18 – Cooperação da APAV com outras entidades

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 14

	N	%
Segurança Social	1.731	16,9
Santa Casa de Misericórdia	140	1,4
PSP (Polícia de Segurança Pública)	1.815	17,7
GNR (Guarda Nacional Republicana)	1.076	10,5
PJ (Polícia Judiciária)	183	1,8
SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras)	37	0,4
Tribunal	717	7
Serviços do Ministério Público	739	7,2
Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes	38	0,4
CPCJ (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens)	459	4,5
ACT (Autoridade para as Condições do Trabalho)	41	0,4
IEFP (Instituto do Emprego e Formação Profissional)	50	0,5
LNES (Linha Nacional de Emergência Social)	231	2,3
Câmara Municipal	111	1,1
Escola	42	0,4
INML (Instituto Nacional de Medicina Legal)/Gabinetes médico-legais	36	0,4
Unidade de Saúde	615	6
INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)	62	0,6
Inspecções gerais	3	0,03
Juntas de Freguesia	257	2,5
Julgados de Paz	13	0,1
Serviço de Mediação Penal	1	0,01
Outros serviços de mediação pública	8	0,1
Outros	1.834	17,9
total	10.239	100

Quanto às queixas efetuadas junto das entidades policiais, 39% das vítimas afirma ter efetuado queixa.

Tabela 19

Fonte: Relatório Estatístico Anual da APAV, 2013, p. 16

A forma como cada utente toma conhecimento da existência da APAV pode variar significativamente. Porém, o encaminhamento realizado para a APAV é efetuado, sobretudo pelas entidades policiais ou por amigos e conhecidos, confirmando que nem sempre está presente a multidisciplinaridade dos serviços. (Tabela 19)

Encaminhamento para APAV	N	%
Amigo/conhecido	778	7,6
Autoridades	59	0,6
CIG (Comissão para a Cidadania e para a Igualdade de Género)	6	0,1
CNAI (Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante)	14	0,1
comunicação social	333	3,2
CPCJ (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens)	107	1
Estabelecimentos de ensino	59	0,6
estabelecimento de saúde	243	2,4
Familiar	12	0,1
GNR (Guarda Nacional Republicana)	243	2,4
LNES – 144 (Linha Nacional de Emergência Social)	42	0,4
INML (Instituto Nacional de Medicina Legal)	23	0,2
DNG/IPSS	72	0,7
Outro serviço telefónico	16	0,2
PJ (Polícia Judiciária)	83	0,8
PSP (Polícia de Segurança Pública)	692	6,7
Publicidade	137	1,3
Serviços de Segurança Social	245	2,4
Tribunais	145	1,4
Vizinho/a	118	1,1
Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais	35	0,3
Outro	1.029	10
n/s/nr	5.812	56,4
total	10.303	100

²⁵⁵ Rel. Est. da APAV, Op. Cit. 252, pp. 26-27.

2. Casos Práticos

1.1. O Papel dos profissionais de saúde na Justiça

Ao longo do tempo, os profissionais de saúde têm vindo a ser chamados a dar assistência à Justiça no âmbito de processos nas áreas de Direito Penal, Civil e do Trabalho. Áreas essas em que o tratamento de pacientes se sobrepõe à Justiça e onde realidades psicossociais colidem.²⁵⁶

Assim sendo, tem vindo a surgir, nomeadamente nos países da *Common Law* (E.U.A., Canadá, Reino Unido e Austrália), a “*Clinical Forensic Medicine*” da qual faz parte a “*Emergency Forensic Medicine*” (um tanto ao quanto diferente da nossa Clínica Médico-legal), na qual são incluídas todas as especialidades médicas que possam estar relacionadas com a Justiça, os tribunais e os OPC. Muitas vezes nestes casos, a atuação dos profissionais de saúde está na linha da frente no que respeita à vítima de crime, uma vez que poderão ser os primeiros a ter contacto com a mesma, nomeadamente nos Serviços de Urgência dos Hospitais. Torna-se portanto, fundamental que estes profissionais, médicos e enfermeiros, estejam preparados para receber este tipo de vítimas, auxiliando a Justiça.

A sociedade de hoje necessita que seja realizada uma investigação do trauma associado à atividade criminal. E como tal, assume-se que os profissionais responsáveis pela realização dos exames às vítimas de crime, possuam a experiência e habilidades específicas necessárias. Os profissionais de saúde envolvidos na resposta primária de cuidados às vítimas de crime, nos Serviços de Urgência, deparam-se com problemas únicos e por vezes complexos, uma vez que a sua atuação servirá de interface entre a Medicina e o Direito.²⁵⁷

Um profissional na área forense (como um médico) pode enfrentar uma grande variedade de situações e problemas, no entanto, uma das características basilares da sua profissão é a responsabilidade dupla. E na área da Clínica Forense esta dupla responsabilidade é expressa de duas maneiras distintas:

²⁵⁶ McCracken, L.M. - *Living Forensics: a natural evolution in emergency care*. 1999, p. 211.

²⁵⁷ SHARMA, B.R. - *Clinical forensic medicine – management of crime victims from trauma to Trial*. 2003, p. 267.

- A maior parte dos exames periciais clínicos tem dois objetivos, o terapêutico e o forense, pois na maior parte dos casos, o médico, tem a responsabilidade não só de providenciar tratamento ao paciente, mas também de interpretar problemas clínicos num contexto forense, uma vez que, até a mais pequena lesão pode ser sujeita a uma exaustiva análise em tribunal (normalmente num futuro distante à data de realização do exame), e como tal será esperado do médico, uma descrição precisa do que examinou com base em toda a documentação que realizou aquando o exame;
- O médico tem o dever de confidencialidade para com o paciente, sendo este um dever essencial na relação médico/paciente e previsto no Código de Deontologia. No entanto este tem igualmente a obrigação de fornecer as informações que recolheu para os OPC para os tribunais, uma vez que são informações cruciais para a investigação criminal.²⁵⁸

O profissional de saúde tem de manter um índice de suspeita elevado no que se relaciona aos sinais de vitimação, detetando quem foi vítima de um possível crime e também quem está a simular uma patologia e/ou história. Para além disso, deve ainda estar em sintonia com a lei, e ter conhecimento das instituições existentes que podem providenciar segurança e apoio a estas vítimas de violência.

Como é possível verificar, não pode deixar de existir uma interface entre as equipas multidisciplinares que realizam a investigação, em prol do interesse público, devendo por isso existir Protocolos de atuação de maneira a regulamentar procedimentos corretos, devendo igualmente instruir-se os profissionais acerca da existência desses Protocolos. Assim, se existir uma rede de ligação entre os hospitais e os OPC e/ou os tribunais, haverá certamente uma aproximação sistemática na comunicação e na coordenação da investigação.

A aplicação da Ciência Forense, à prática médica contemporânea, poderá revelar-se fundamental para a investigação criminal ou outros processos legais, contribuindo para a segurança e saúde públicas. Assim sendo a responsabilidade da Medicina Forense é a de providenciar uma ponte de ligação desde as instituições de saúde até aos tribunais.²⁵⁹

²⁵⁸ McLAY, W.D.S. – *Clinical Forensic Medicine*. 2009, pp. 33-34

²⁵⁹ SHARMA, B.R., Op. Cit. 257, p.267.

1.1.1. Interpretação, preservação e documentação de lesões

A habilidade para analisar, documentar e interpretar as lesões infligidas por terceiros, é fundamental para qualquer perito forense. Esta análise e documentação servem, fundamentalmente, para ajudar a estabelecer como é que uma lesão foi provocada, fator que muitas vezes pode ser discutido nos tribunais. Esta habilidade, embora muito raramente utilizada na sua totalidade e de forma apropriada, deveria estar presente no quotidiano dos Serviços de Urgência. A interpretação do mecanismo causador das lesões é, tipicamente, melhor concretizado pelos profissionais com experiência na área forense, uma vez que poderão existir diversos fatores que estão envolvidos na mesma, sendo necessário ter conhecimento (pelo menos teórico) dos mesmos.²⁶⁰

Esta interpretação pode e deve ser realizada através da revisão de documentos, como descrições pormenorizadas do acontecimento, diagramas corporais das lesões e fotografias, tornando-se imperativo que estas descrições sejam compreensíveis a todos os intervenientes no processo de avaliação e investigação.

Assim sendo, é essencial que aqueles responsáveis pela documentação das lesões, a realizem de forma detalhada e inequívoca, descrevendo pormenorizadamente o dano, fotodocumentando-o, sobretudo quando este se localiza em áreas habitualmente não acessíveis à vista sem a vítima se despir, para que os próximos intervenientes no processo (Ministério Público e Tribunais) possam formar as suas opiniões e decisões atendendo a uma interpretação o mais apropriada e correta possível.

É certo que em muitos casos, o exame inicial é realizado para fins puramente terapêuticos, e o significado forense das lesões poderá passar, muitas vezes, despercebido, devido à grande movimentação dos SU, por esta razão, os profissionais de saúde devem estar atentos e preparados para detetar estas situações. O certo é que, se passar despercebida uma lesão com relevância forense, e como tal o profissional não a documenta como devia, futuramente, o tribunal escrutinará toda a documentação (não) realizada, podendo trazer descrédito para o profissional em causa, para a profissão e para a instituição que trabalha, podendo até colocar em causa todo o processo por falta de provas.²⁶¹

Em contexto hospitalar, são os médicos pediatras e os médicos e enfermeiros dos Serviços de Urgência que estão mais suscetíveis a encontrar pacientes com lesões de importância forense, sendo que são os profissionais alvo deste trabalho, uma vez que são aqueles que trabalham no Serviço de Urgência que detêm a posição ideal para

²⁶⁰ STARK, M.M. - *Clinical Forensic Medicine, A Physician's Guide*. 2005, pp. 127-128.

²⁶¹ STARK, M.M., *Ibidem*.

identificar, preservar e documentar lesões com relevância forense, sendo possível realizar, quer o atendimento terapêutico, quer a colaboração com a Justiça.²⁶²

Os profissionais de saúde que trabalham nos SU encontram todos os dias lesões traumáticas nos seus pacientes, sendo que muitas delas podem advir de ações criminosas ou acidentais. Como tal, estes pacientes requerem um cuidado e atenção redobrados no que respeita à avaliação, preservação e documentação das suas lesões.

Considera-se que uma das principais dificuldades na recolha e documentação das lesões como meio de prova, seja pelo facto de não existirem *guidelines* oficialmente aceites e reconhecidas por médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência.

Tipicamente estes profissionais deparam-se, muitas vezes, com provas essenciais para a investigação criminal, como a roupa do paciente, manchas de sangue, cabelos e fibras, mas a prova mais importante que podem encontrar é o próprio paciente em si, como tal é crucial documentar detalhadamente e de forma clara as características que conseguem observar no paciente.²⁶³

Assim, é sugerido o cumprimento de um *checklist*²⁶⁴ a ser implementado nos SU:

Checklist para a interpretação e documentação das lesões:

1. Tratar todos os pacientes com empatia, sem preconceitos e juízos de valor;
2. Obter o consentimento informado do paciente, por escrito, para todos os procedimentos que achar necessários;
3. Registrar corretamente a história do incidente atual (registando quando, onde e como se deu o incidente), e analisar sempre o historial médico do paciente;
4. Iniciar a observação através de um exame generalizado e em seguida proceder para o exame físico das áreas lesadas, incluindo as lesões dos tecidos subjacentes;
5. Assegurar que o exame é realizado num ambiente adequado e bem iluminado;
6. Examinar as roupas do paciente de maneira a correlacioná-las com as lesões subjacentes (como rasgões ou furos);
7. Ter em consideração cada lesão de forma individual, analisando a sua forma, aspeto, os seus bordos (caso existam) ou a presença de material desconhecido;
8. Utilizar sempre uma régua para medir as dimensões da lesão (comprimento e largura);

²⁶² HENDERSON, E. - *Caring for the forensic population – recognizing the educational needs of emergency department nurses and physicians*. 2012, p. 170

²⁶³ SHARMA, B.R., Op. Cit. 257, p. 268.

²⁶⁴ *Checklist* desenvolvido e criado por mim e baseado no *checklist* descrito por McQUOID-MASON, D. et al. - *Crimes Against Women and Children: A Medico-legal Guide*. 2000, no Capítulo 9 intitulado "Basic Traumatology", p. 224, e adaptado à realidade portuguesa.

9. Registrar todos os achados dos exames de forma contemporânea utilizando diagramas corporais fornecidos pelos protocolos existentes.
10. Separar sempre os factos das conclusões ou opiniões nas suas notas;
11. Considerar sempre o mecanismo que provocou a lesão atendendo ao que foi examinado e à sua experiência forense;
12. Usar os diagramas corporais para localizar as lesões, de maneira a ser de fácil compreensão para os outros intervenientes no processo de investigação;
13. Utilizar referências anatómicas claras para localizar as lesões;
14. Tirar fotografias das lesões, incluindo uma escala (régua) e uma legenda da mesma, identificando sempre quem as tirou, onde e quando, de maneira a preservar a cadeia de custódia;
15. Examinar áreas que podem passar despercebidas, como as palmas das mãos e as solas dos pés, axilas, interior da boca, pálpebras, couro cabeludo e costas;
16. Ter sempre em atenção algumas complicações que possam existir relativamente às lesões, como infeções, e registar sempre;
17. Ter em atenção, se aplicável, a “idade” da lesão, como por exemplo, as mudanças de cor das equimoses, sendo possível determinar se umas são mais antigas que outras;
18. Ter em atenção as lesões provocadas pelo tratamento médico, como lesões iatrogénicas ou equimoses no tórax devido a possíveis manobras de reanimação, e não as confundir com lesões forenses;
19. Quando aplicável, preservar vestígios ou recolher amostras para investigações de toxicologia ou outras (como nos casos em que é recolhido sangue, para determinação de intoxicação por álcool, ou urina para deteção de drogas no organismo);
20. Assegurar sempre que a cadeia de custódia é cumprida, identificando todos os intervenientes no processo de recolha, análise e documentação (facto implicitamente assegurado se os protocolos forem cumpridos).

É igualmente importante que quem está a analisar lesões, compreenda a panóplia de conceitos que podem ser aplicados a diferentes tipos de lesões, uma vez que poderão ser confundidos termos ou utilizadas inadequadamente às circunstâncias, e este facto terá relevância em tribunal, nomeadamente na certeza factual e na credibilidade do médico ou enfermeiro que realizou a análise.

Sugere-se então a utilização de uma terminologia adequada, simples e protocolada (desenvolvida pela autora da presente dissertação):

- Equimose (EQ)
- Escoriação (ES)
- Laceração (L)

- Hematoma (H)
- Eritema (ER)
- Petéquias (P)
- Tumefação traumática (T)
- Marca de Mordedura (M)
- Queimadura (Q)
- Dor ao toque (DT)
- Ferida contusa (FC)
- Ferida incisa (FI)
- Ferida perfurante (FP)
- Outras lesões (OL)

A avaliação e interpretação de uma lesão depende do estabelecimento de uma boa história clínica e da execução de um exame físico apropriado, documentando todos os achados de forma contemporânea, clara e precisa. Pois, esta documentação (que se pode basear em notas, diagramas, fotografias, etc.) será revista, possivelmente, por outros médicos, advogados ou juristas e pelos tribunais no âmbito de um processo judicial.

Outro fator de extrema importância é a obtenção do consentimento do paciente para a realização do respetivo exame, e este deve estar ciente que aquele exame irá ser transmitido a outros intervenientes no seu processo e entregue aos tribunais, caso seja instaurado um processo judicial.²⁶⁵

1.1.2. Como lidar com a vítima de agressão física

1.1.2.1. O adulto

Sem dúvida os adultos são uma grande parte da vitimação em Portugal, e nos dias de hoje, o aumento da visibilidade das situações de violência doméstica e de ofensas à integridade física determinou a um aumento sensível das participações criminais apresentadas ao Ministério Público e aos OPC. Neste contexto os serviços de saúde têm que estar preparados para acompanhar esta nova realidade social e criminal.

Tal como refere MARIA CECÍLIA MINAYO²⁶⁶, *“por ser um fenómeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afecta fortemente a saúde pois: provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem números de problemas mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das colectividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo e curativo; evidencia a necessidade de uma actuação muito mais específica, interdisciplinar,*

²⁶⁵ STARK, M.M., Op. Cit. 260, p. 128.

²⁶⁶ MINAYO, M.C.S. - *Violência e saúde*. 2006.

multiprofissional, intersectorial e ajustada do sector, visando as necessidades dos cidadão.”

Apesar de o crime de violência doméstica não englobar somente vítimas adultas, referimos agora as mulheres e os idosos, e posteriormente as crianças.

Como crime público que é, a notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento médico-legal do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas.

Prevenir e combater a violência doméstica são funções inerentes ao poder público, e o Estado tem se empenhado na prevenção e controlo da violência, através de campanhas, programas e pela legislação específica. Contudo, nem sempre os profissionais de saúde estão esclarecidos acerca da forma adequada de como contribuir com a justiça. Sendo certo que o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência doméstica (como crime público) que tiver conhecimento como médico e como funcionário do estado, o que por vezes poderá levantar questões de sigilo médico.²⁶⁷

Tipicamente uma vítima de violência doméstica procura assistência médica nos hospitais em mais do que uma ocasião, sendo que podem apresentar-se com uma sintomatologia um tanto quanto confusa, como tal é essencial saber identificar e documentar apropriadamente os casos em que há suspeita deste tipo de crime. Assim, o seguimento de protocolos estipulados nos serviços é fundamental para a boa prática médica no auxílio da Justiça.

A sintomatologia mais comum é dor de cabeça, insónias, lesões na face, pescoço e abdómen, podendo existir lesões como equimoses de diferentes espaços temporais (idades), uma vez que esta violência tende a ser repetida ao longo do tempo e, muitas vezes, cada vez mais grave. É também muito importante documentar a história do incidente que levou a vítima aos SU e aferir o que provocou aquelas lesões. O estado psicológico da vítima é também de importante relevância e como tal deve ficar registado, dentro do âmbito observacional e experiencial do médico.²⁶⁸

É ainda de chamar à atenção que, muitas vezes as vítimas de violência doméstica são mães, e como tal, é igualmente importante o médico questionar acerca da criança e de como ela é tratada em casa (se também sofre agressões,

²⁶⁷ SALIBA, O., *et al* - *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. 2007.

²⁶⁸ FERRIS, L.E., *et al*. - *Documenting wife abuse: a guide for physicians*. 1997

etc.). Assim para além do *checklist* supra mencionado, o profissional de saúde deve ter em particular atenção a este tipo de sintomatologia.²⁶⁹

O médico ou enfermeiro deve estar ciente de que, mesmo que aquele paciente que foi vítima de violência volte para o ambiente hostil em que vive, e mesmo que o médico tenha uma sensação de impotência para ajudá-lo(a), somente o facto de documentar, escrever no registo clínico ou tirar fotografias quando necessário, já é ajuda preciosa para uma futura investigação.²⁷⁰

É também fundamental o médico (ou enfermeiro) informar a vítima sobre as possibilidades de apoio que pode ter, como por exemplo, a APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), AMCV (Associação de Mulheres Contra a Violência), UMAR (Associação de Mulheres Alternativa e Resposta, ou o Sistema de Informação a Vítimas de Violência Doméstica.

1.1.2.2. A criança

Um dos temas que tem proporcionado preocupação constante em relação à criança e ao adolescente refere-se à violência doméstica, ou à ocorrência de maus tratos e negligência. O atendimento médico a crianças e adolescentes pode fornecer, além das informações respeitantes à saúde, um panorama das condições de vida e sociais em que a criança se encontra. No entanto, muitas vezes os profissionais da área da saúde desconhecem a forma de agir perante a constatação de maus tratos, impedindo uma ação protetiva para com a criança vitimizada.

O atendimento médico nos SU é muitas vezes a primeira possibilidade de identificação da violência contra uma criança ou adolescente, principalmente no Serviço de Pediatria, por esta razão os médicos e enfermeiros deste serviço devem estar atentos a fatores de risco para ocorrência de violência e para os sinais gerais de maus tratos.

Ao examinar a criança o profissional deve ter um cuidado especial, mais acentuado do que num adulto, pois deve explicar o que vai fazer, deixando-a confortável, e ir falando com a criança durante o exame para que esta não fique receosa, devendo respeitar a vontade e o pudor da criança.²⁷¹

Os sinais gerais de maus tratos podem ser de carácter psicológico ou físico, englobando-se nos primeiros, as mudanças de comportamento, distúrbios de sono, apatia, irritabilidade, tristeza constante, desinteresse, etc. A violência física muitas

²⁶⁹ FERRIS, L.E., *et al.*, Op. Cit. 268.

²⁷⁰ FERRIS, L.E., *et al.*, *Ibidem*.

²⁷¹ PAIVA, C., *et al.* - *Violência contra crianças: o atendimento medico e o atendimento pericial*, 2012.

vezes é a forma mais evidente aos olhos do Pediatra. O não reconhecimento do sofrimento físico e emocional de uma criança que sofre de violência pode agravar o seu quadro e reforçar sentimentos de baixa autoestima e impotência.²⁷²

A avaliação física deve abranger a investigação de sinais gerais de maus tratos como lesões que não são compatíveis com o desenvolvimento psicomotor ou com a idade da criança; lesões que não se justificam pelo acidente relatado; lesões em várias partes do corpo ou bilaterais; lesões que envolvem partes usualmente cobertas do corpo (áreas laterais, dorso, pescoço); lesões em diferentes estágios de cicatrização ou cura; história ou exame físico demonstrando sinais de múltiplos acidentes; inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura por atendimento médico.²⁷³

É ainda aconselhável a requisição de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (Raios-X) sempre que houver suspeita de maus tratos na criança, para averiguação da existência de fraturas antigas (já consolidadas). Por exemplo, uma criança que apresente um número anormal de fraturas para a sua idade, pode ser um grande indicador de que está a ser vítima de maus tratos.

Para além do *checklist* geral supra identificado, as características específicas das lesões devem chamar à atenção, pois raramente lesões no dorso, nádegas e órgãos genitais são decorrentes de acidentes. Numa aceção fundamentalmente exemplificativa, existem lesões físicas que são típicas numa criança que sofre de maus tratos ou negligência ²⁷⁴:

- Equimoses nos braços provocadas pelo apertar forte das mãos do agressor;
- Equimoses no peito, por ações de empurrar ou afastar a criança;
- Lesões da mucosa orofacial devido a possíveis golpes;
- Equimoses com padrão, como por exemplo, equimoses paralelas uma à outra, após ação contundente com um bastão, cinto ou corda (**Fig. 32**);
- Queimaduras (cicatrices em forma arredondada podem sugerir queimaduras por cigarro) (**Fig. 32**);
- Fraturas, com a particularidade de que quando intencionais são: fraturas múltiplas, bilaterais ou em diferentes estágios de consolidação; fraturas incompatíveis com a história e o mecanismo de trauma relatado; fraturas

²⁷² PAIVA, C., *et al.*, Op. Cit. 271.

²⁷³ PAIVA, C., *et al.*, *Ibidem*.

²⁷⁴ Baseado nos artigos científicos: PAIVA, C. *et al.*, Op. Cit. 271.; JACOBI, G. *et al.* - *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*, 2010; e PIRES, J.M.A. *et al.* - *Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos*, 1999.

dos arcos costais em vítimas com menos de dois anos ou fraturas dos arcos costais posteriores; fraturas do extremo distal da clavícula e da escápula; fraturas metacarpais e metatarsais acompanhadas de outras fraturas; fraturas de vértebras sem história de trauma acidental de alto impacto; fraturas da mandíbula sem outras lesões que a justifiquem;

- Nas crianças mais velhas, poderão encontrar lesões nas regiões anteriores dos antebraços como lesões de defesa;
- Multiplicidade de equimoses com variadas idades;
- Marcas de mordedura;
- Trauma na região abdominal devido a pontapés ou golpes;
- *Shaken Baby Syndrome* (sacudidas violentas do bebê, provocando lesões vasculares e teciduais por contusão, rompimento ou cisalhamento causadas pela aceleração e desaceleração, cujo principal sintoma é a presença de petéquias no globo ocular);
- Síndrome de *Munchausen* por procuração (nesta síndrome, o perpetrador assume a doença indiretamente - por procuração -, exacerbando, falsificando ou produzindo histórias clínicas, causando lesões físicas e induzindo a hospitalizações com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários, é normalmente “fabricada” pela mãe).



Fig. 32 – Da esquerda para a direita: Equimoses nas nádegas de uma criança, paralelas entre si, provocadas por agressão com um cinto; Queimaduras causadas pela ponta de um cigarro, na mão esquerda de uma criança de 8 anos.
(Fonte: JACOBI, G. et al. - *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*, 2010)

O mais importante para o médico diante de uma criança ou adolescente vítima de violência é o correto diagnóstico e abordagem, visto que pode haver graves consequências a curto, médio e longo prazo para estes pacientes. Apesar de ser um diagnóstico difícil, o médico deve ser perspicaz tendo sempre em atenção, a atitude da criança e a postura desta, documentando tudo o que observa.

Ao nível dos cuidados de saúde, para a área das crianças e jovens em risco (que não exclui violência doméstica), o Despacho nº 31292/2008 da Ministra da Saúde prevê a criação de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco nos Centros de Saúde e nas Unidades Hospitalares com Pediatria, os Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).²⁷⁵

Sempre que, a nível hospitalar, se identifiquem riscos acrescidos, haja suspeita ou confirmação de uma situação de maus tratos, quer através de referenciação de outras entidades, quer mediante diagnóstico efetuado na própria instituição, é mandatório desencadear um conjunto de procedimentos, que visem assegurar a proteção da criança ou do jovem. As circunstâncias em que o hospital intervém, neste domínio, tendo em conta as situações em que a prestação de cuidados pode ocorrer, é, fundamentalmente, ao nível do Serviço de Urgência, em que os casos podem ser aí detetados primariamente ou referenciados por outras entidades de 1.º Nível ou superior (CPCJ e Tribunais).²⁷⁶

Qualquer que seja a situação é obrigatória a referenciação de todos os casos ao NHACJR, mesmo que uma medida de proteção e promoção se encontre em curso, no caso de já existir processo na CPCJ.

Os profissionais/equipas que contactam com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NHACJR (durante o horário de funcionamento) um papel de consultoria. Deve ainda, haver lugar à perícia forense nos Serviços de Urgência, podendo e devendo existir Protocolos localmente estabelecidos. O facto de se sugerir que a perícia seja realizada no Serviço de Urgência é o de evitar uma vitimação secundária por parte da criança, assim se a análise, interpretação e documentação for realizada já numa primeira linha de assistência, irá evitar que a criança volte a ser alvo de mais exames posteriormente e tenha que estar constantemente a reviver o incidente violento.²⁷⁷

Uma vez estabelecido o diagnóstico de maus tratos e se a criança ou jovem apresentar lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e/ou tratamento hospitalar, esta deverá ser internada. E quando houver fortes indícios da prática de um crime, as entidades de 1.º Nível, nomeadamente Centros de Saúde e Hospitais,

²⁷⁵ Direcção-Geral da Saúde - *Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde*. Lisboa, 2008.

²⁷⁶ Dir.-Geral da Saúde, *Ibidem*

²⁷⁷ Dir.-Geral da Saúde, *Ibidem*

devem comunicá-lo ao Ministério Público ou às entidades policiais, sem prejuízo da comunicação feita à CPCJ (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).²⁷⁸

1.2. Protocolos Forenses nos Serviços de Urgência

O processo de documentação de exame médico-forense, desde os tratamentos realizados, até ao aconselhamento de encaminhamento a outras instituições para apoio, faz parte do papel de um profissional de saúde. Enquanto profissionais de Medicina ou Enfermagem, os médicos e enfermeiros não agem como um cidadão comum, mas sim como alguém que exerce um cargo público, que ao desempenharem as suas funções, são considerados membros de uma instituição pública com responsabilidades corporativas. Neste aspeto e atendendo ao que refere o art. 242º do CPP, um crime público é de denúncia obrigatória para todos os funcionários e gestores públicos quanto a crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas. Para que este preceito possa ser cumprido é reconhecida a necessidade de existência de Protocolos de Atuação (*guidelines*) entre as várias entidades que prosseguem fins públicos, como a Saúde, e a Justiça. Apesar de alguns países estarem já muito avançados no que respeita à implementação destas “*guidelines*” de maneira a facilitar a dinamização de processos, o certo é que em Portugal, ainda se faz sentir esta falta de comunicação e entre ajuda entre a Saúde e a Justiça.

Um estudo realizado em São Francisco²⁷⁹, E.U.A. em 1992, (embora já muito antigo, insere-se perfeitamente na realidade portuguesa), determinou que, no que respeita ao crime de violência doméstica, há uma grande lacuna na sua identificação nos Serviços de Urgência, fundamentalmente por três razões: tempo de atendimento muito restrito; falta de conhecimentos acerca do assunto ou de aprendizagem nesse sentido; relutância, quer da parte do médico, quer da parte do paciente, em falar no assunto. Esse mesmo estudo mostrou que de 397 Serviços de Urgência apenas 59 tiveram a preocupação em estabelecer protocolos forenses, e desses 59 apenas 8 estavam realmente a concretizar plenamente esses protocolos, no que respeita à interpretação, documentação e intervenção nos pacientes-vítimas. Apesar de os profissionais de saúde estarem entusiasmados com o facto de poderem ajudar estas vítimas, a realidade era

²⁷⁸ Dir.-Geral da Saúde, Op. Cit. 275

²⁷⁹ SHARMA B.R., Op. Cit. 257, p. 271.

que os próprios hospitais não desenvolviam programas de treino e de elucidação no assunto.

Ora, esta era a realidade dos Estados Unidos em 1992, e é a realidade de Portugal agora. Hoje em dia praticamente todos os estados dos EUA têm protocolos forenses nos Serviços de Urgência, e os restantes países da *Common Law* por aí caminham.

De maneira a elucidar melhor este assunto, faço um apanhado geral do que se passa no mundo no que se refere à implementação destas *guidelines*.

1.2.1. No Mundo

Sem dúvida os Estados Unidos da América são os pioneiros no que respeita aos avanços forenses no mundo. E como tal foi um dos primeiros países a criar Protocolos Forenses que permitissem uma interdisciplinaridade entre a Saúde e a Justiça. O primeiro Estado a estipular um protocolo forense para crimes como os de violência doméstica e maus tratos a menores foi o Estado da Califórnia, criando o “*California Medical Protocol for Examination of Child Physical Abuse and Neglect Victims*” também conhecido como *CAL OES 2-900*; e o “*California Medical Protocol for Examination of Domestic Violence and Elder and Dependent Adult Abuse and Neglect*” também conhecido como *CAL OES 2-502*.

Após o Estado da Califórnia ter estipulado estes protocolos para os hospitais e todos os profissionais de saúde do Estado, outros Estados também concretizaram os seus, nomeadamente, o Estado do Kentucky através do “*Protocol for Medical/Forensic Examination for Victims of Abuse/Neglect/Exploitation*” e o Estado de Washington com o Protocolo “*Forensic Evaluation: Domestic Violence, Adult*”. Evidencia-se ainda a existência, nos EUA, do “*National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents*”, cuja 2ª edição é do ano de 2013, criado pelo Departamento de Justiça dos EUA. Neste contexto é criado um Protocolo de Atuação a nível nacional no que respeita a crimes sexuais, sendo que é de esperar, num futuro próximo, que exista um relativo a crimes de violência doméstica.

Ainda nos E.U.A., em 2005, atendendo à grande necessidade de prevenção e deteção de crimes de maus tratos e negligência a menores, a *American Board of Pediatricians* propôs a introdução do conceito de “*child abuse pediatrician*”, defendendo que deveriam existir especialistas Pediatras em avaliação deste tipo de crime, e que tal deveria ser ensinado nas faculdades de Medicina. Defendem ainda que sempre que um Pediatra suspeite da existência de maus tratos deverá encaminhar para consulta forense

de imediato e que a polícia deveria ser informada, não devendo entrar aqui em conflito o dever de confidencialidade do médico.²⁸⁰

No que respeita a outros países do mundo, podemos encontrar a título de exemplo, os Protocolos Forenses do Reino Unido elaborado pela “*Faculty of Forensic and Legal Medicine*” como “*Examination of adult complaint of domestic violence*”; da Austrália, nomeadamente do Estado de Austrália-Oeste com a “*Guideline for responding to family and domestic Violence*”; e no Canadá com o “*Domestic Violence Documentation form*” e “*Hospital Guidelines for the Treatment of Persons Who Have Been Sexually Assaulted*” estas últimas elaboradas pela *Ontario Hospital Association*.

Em 2003 a Organização Mundial de Saúde criou as “*Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*”, abordando o tema da violência sexual em todos os aspectos médico-legais, e atendendo a possíveis linhas de intervenção médica. Salienta-se o facto de estas *guidelines* virem anexadas com exemplos de relatórios periciais, e ainda com recomendações de implementação de programas práticos educativos acerca dos aspetos médico-legais da violência sexual para os profissionais.

O certo é que, aos poucos, no mundo, vamos encontrando este tipo de Protocolos nos hospitais, e que se aplicam a todos os serviços, não só os médico-legais, mas também os Serviços Urgência. Segundo a pesquisa efetuada foi possível observar que os protocolos de exame referente a crimes sexuais estão já bem cimentados nos hospitais, nomeadamente dos E.U.A., onde já existem enfermeiras especializadas na avaliação do dano sexual, conhecidas como SANE - *Sexual Assault Nurse Examiner*, e que estão colocadas por todos os hospitais do país, nos Serviços Urgência. No entanto, atendo á realidade atual, e ao grande aumento da criminalidade dentro do seio familiar, os crimes de violência doméstica e maus tratos a menores têm vindo a ganhar grande projeção, sendo que começam a “ganhar” o seu lugar também nos SU americanos a par dos crimes sexuais.

1.2.2. Em Portugal

Tal como referido anteriormente, o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, inclusive a doméstica, uma vez que estes profissionais têm o dever de zelar pela saúde e dignidade dos seus pacientes.

²⁸⁰ JACOBI, G., et al. - *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*. 2010

Ao Estado português compete a criação de mecanismos para coibir a violência no seio familiar, sendo que para tal foram criadas leis que abordam concretamente estes temas. Caberá então, ao serviço de saúde utilizar-se desses recursos a fim de contribuir para a prevenção e erradicação da violência.

É certo que o setor da Saúde não pode assumir a responsabilidade no combate à violência, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar os seus profissionais a auxiliar a enfrentar o problema, apoiados pela compreensão das relações sociais potencialmente conflituosas.

A denúncia de crimes como a violência doméstica ou maus tratos a menores, é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dar relevo à questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e, permite, ainda, o conhecimento da dinâmica da violência doméstica. Contudo, é um facto que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treino/aprendizagem adequada para poder diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detetar e notificar, os serviços competentes, acerca dessa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no quotidiano dos serviços que presta à sociedade, seja qual for a sua área de atuação.²⁸¹

Neste sentido, é dada relevância aos Serviços de Urgência, pois são aqueles aos quais os cidadãos, que sofreram algum tipo de agressão, recorrem com grande frequência. Estando estes na primeira linha de intervenção no que respeita à possível deteção da existência de violência, uma vez que os pacientes/vítimas chegam “frescos”, no sentido de obterem tratamento médico referente a algo que, normalmente, acabou de acontecer, ou que aconteceu há pouco tempo. Sendo os primeiros serviços aos quais os cidadãos recorrem, ao nível da Saúde, os SU devem estar preparados para todo o tipo de trauma possível. Sendo que o trauma com relevância forense deveria assumir um papel especial no quotidiano dos SU, permitindo que estes colaborem de modo ativo e eficaz com a Justiça.

Para que estes serviços consigam começar a trabalhar neste sentido, é imperativa a existência de Protocolos de Atuação nos mesmos, de maneira a que os profissionais de saúde saibam como proceder, da forma mais correta e adequada. Neste sentido propõe-se a implementação de Protocolos Forenses, de maneira a efetivar a documentação e avaliação da agressão, incluindo prova fotográfica, para os casos especiais e específicos de suspeita de existência de crime de violência doméstica, e suspeita de crime de maus tratos e/ou negligência de menores, ambos considerados pelo Código Penal como crimes

²⁸¹ SALIBA, O., *et. al*, Op. Cit. 267.

públicos, adquirindo assim um estatuto especial de denúncia obrigatória, pelos profissionais de saúde, essencial para o alcance da Justiça e para o bem-estar da sociedade. A partir destes protocolos surgem formulários ou relatórios médicos a preencher nos SU aquando da existência de uma destas duas situações – **Relatórios Forenses anexados a esta dissertação (Anexos 1 e 2)** - de maneira a concretizar o que deviam estipular os Protocolos: analisar, interpretar, documentar, fotografar, e denunciar.

Após tirar todas as fotografias que achar necessárias, o profissional de saúde deverá anexá-las à ficha clínica do paciente, no computador, num ficheiro único e encriptado de maneira a que todas as pessoas que acedem a esse ficheiro tenham que se identificar (normalmente através do número mecanográfico atribuído pelo hospital), e posteriormente imprimi-las e anexá-las ao Relatório Forense preenchido por si. Sendo que depois uma cópia desse relatório, já com os anexos fotográficos incluídos será enviada para o Ministério Público, pelos Serviços Jurídicos do hospital, ou pelos OPC quando presentes no hospital.

Depois de impressas todas as fotografias o profissional deverá colocar na parte de trás de cada uma o nome completo e o número do paciente no hospital, e numerá-las. Sendo que terá uma folha (que fará parte do Relatório Forense), onde poderá preencher os restantes dados fundamentais, como o dia e hora em que as fotos foram tiradas, e caso ache necessário, pode ainda adicionar uma legenda a cada fotografia – **conforme parte final dos Anexos 1 e 2 desta dissertação.**

Nos crimes públicos, como por exemplo, violência doméstica, não é obrigatório que seja a vítima a denunciar e pode apresentar-se queixa ou denúncia mesmo que não se saiba quem praticou o crime, pois caberá depois às autoridades investigar para tentar apurar a identidade do seu autor. A apresentação de queixa ou denúncia é gratuita e não exige qualquer formalidade, podendo ser feita oralmente ou por escrito. A denúncia deve incluir o maior número de elementos possível que possam ajudar a investigação, como dia, hora, local e circunstâncias em que o crime foi cometido, a identificação do(s) suspeito(s) (se se souber) e a indicação de outros meios de prova.

A notícia de um crime pode ser comunicada diretamente ao Ministério Público na Comarca ou ao Órgão de Polícia Criminal que atue na respetiva área. O conhecimento de um crime dá lugar à abertura de inquérito, a realizar sob a direção do Ministério Público. Feita a denúncia ou queixa, é aberto um processo de inquérito, iniciando-se a investigação criminal, que compreende um conjunto de diligências que se destinam a averiguar a existência de um crime, determinar quem o praticou e a respetiva responsabilidade, e descobrir e recolher as provas, no âmbito do processo.

Assim sendo, nestes termos, e de maneira a agilizar ao máximo as atuações dos intervenientes no processo, o profissional de saúde que se deparasse com uma situação com relevância forense, como suspeita de crimes de violência doméstica ou de maus tratos a menores, colocaria em ação o Protocolo estabelecido pelo hospital, preenchendo o Relatório Forense (junto em anexo), o qual inclui já, o formulário para adquirir os consentimentos do paciente necessários (para efetuar o exame, para tirar fotografias às lesões relevantes, e para transmitir cópia do exame aos órgãos judiciais). Posteriormente esse Relatório seria encaminhado para o Departamento Jurídico do hospital ou para os OPC quando presentes no hospital e estes encarregar-se-iam de realizar a denúncia, que deverá ser encaminhada diretamente aos Serviços do Ministério Público da área – **conforme Anexo 3 que se junta a esta dissertação**. No caso especial de se tratar de vítimas menores, existe ainda a obrigação de informar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) da sua área. E, caso necessário, deverá ser desencadeado um procedimento de urgência por perigo iminente da criança, segundo o artigo 91º da Lei n.º147/99, de 1 de Setembro, cabendo ao Departamento Jurídico ou ao NACJR/NHACJR informar os Serviços do Ministério Público – **conforme Anexo 4 que se junta a esta dissertação**²⁸².

É certo que nos Serviços de Urgência, se vive um ritmo muito acelerado, muitas vezes com muitos pacientes para atender, mas se houver uma colaboração com o Departamento Jurídico do hospital, este processo torna-se muito mais eficiente. Sendo que esta colaboração e interdisciplinaridade permitirá obter uma Justiça eficaz e uma investigação criminal célere e simplificada, devido às provas concretas que os Serviços hospitalares adquirem e reportam.

²⁸² Os anexos 1, 2, 3 e 4 juntos a esta tese são da minha autoria, e foram desenvolvidos por mim, estando estes sujeitos às normas aplicáveis aos direitos de autor, estipuladas no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos.

PARTE III

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES

Parte III – Discussão e Considerações**1. Conclusões**

Através da análise estatística, confirma-se a predominância e subida de crimes violentos, como o da violência doméstica, em Portugal. Em 2013 a APAV registou 20.642 crimes, um número ligeiramente superior aos 20.331 crimes registados em 2012. No que respeita à tipologia, a violência doméstica representa a esmagadora maioria (84,2%) dos crimes relatados pelas vítimas. E, dentro desta categoria, a APAV destaca a percentagem significativa de maus tratos psíquicos (36,8%) e físicos (26,9%). Ambos perfazem 63,7% dos crimes de violência doméstica em sentido estrito. Ao nível do perfil vitimológico, a mulher é a principal vítima deste crime (82,8%), com idades entre os 25 e os 54 anos (35,1%). Já no que respeita ao perfil do agressor, são tendencialmente homens (82,3%), com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos (29,9%). É de salientar que estes dados são aqueles de que se tem conhecimento, pois certamente que muitos casos não chegam a ser denunciados, por medo de re-vitimação, por falta de meios e de apoio, ou por vergonha - **Anexo 5**.

Segundo as estatísticas apresentadas, no que se refere ao ano de 2013, conclui-se que, por ano, um total de 974 crianças e jovens são vítimas de violência, perfazendo uma média de 19 crianças e jovens que são vitimadas por semana (2,7 por dia). Já no que respeita a pessoas adultas até aos 64 anos, são vitimadas 6.985 pessoas por ano, 134 por semana e em média 19 por dia. Quanto a pessoas idosas, 774 são vítimas de violência, perfazendo em média 15 vitimados por semana (2 idosos maltratados por dia) – **Anexo 6**.

“Ao abordar-se esta temática, a da violência contra as pessoas idosas, tende-se a pensar em maus tratos físicos (bastante comuns), mas para além destas existem muitas outras situações de violência, complexas de difícil diagnóstico e prevenção. Os agressores mais frequentes são os seus próprios prestadores de cuidados (formais e informais), com mais frequência os familiares próximos.

A Associação Portuguesa de Apoio de Vítima (APAV) tem verificado que, desde 2000 até ao ano 2009, houve um aumento de 120% do total das pessoas idosas vítimas de crime. De 290 processos de apoio/vítimas pessoas idosas em 2000, passamos a observar 639 em 2008. Entre 2000 e 2009 a APAV recebeu 4 890 pessoas idosas vítimas de crime. Com estes processos de apoio a APAV verificou que existe um insuficiente conhecimento do tema por parte das vítimas, familiares e prestadores de cuidados, bem

como uma insuficiente informação e capacitação dos profissionais para intervirem nestas situações.”²⁸³

No entanto, não é só no nosso país que esta “epidemia” criminal tem vindo a aumentar:

“Nos EUA, estima-se que 4 milhões de mulheres por ano são vítimas de algum tipo de agressão séria por parte do companheiro, e cerca de 1 milhão por ano vítima de violência não fatal (Rush, 2000). O grupo que reporta mais violência é o dos 19 aos 29 anos de idade, alertando para a maior necessidade de prevenção nesta faixa etária (Bachman & Saltzman, 1995). Só no ano de 1996, as estatísticas oficiais dão conta que 1,5 milhões de mulheres e 834.700 homens sofreram abuso físico ou sexual por parte do seu companheiro (Tjaden & Thoennes, 2000). Em 1998, cerca de 1.830 homicídios foram atribuídos ao companheiro, sendo que 3/4 das vítimas são mulheres (Rennison & Welchans, 2000). Entre os anos de 1993 e 1998, cerca de 2/3 das vítimas de abuso pelo companheiro referem sequelas físicas, enquanto 1/3 reporta apenas ameaças ou tentativas de violência. Entre as vítimas com sequelas graves (por exemplo, ossos partidos, perfurações de balas) a percentagem entre homens e mulheres é bastante semelhante (4 e 5% respectivamente), o mesmo não acontece para as sequelas menores (por exemplo, cortes e feridas), que são mais frequentemente encontradas nas mulheres (mais de 4/10) do que nos homens (menos de 3/10). A maioria das vítimas de abuso pelo companheiro não procura assistência médica para tratamento das sequelas decorrentes do mesmo, o que acontece em cerca de 6/10 mulheres e homens vítimas de abuso pelo companheiro.

Estima-se que a violência atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por maus-tratos psíquicos e, de um terço a mais de metade dos casos, por violação e abuso sexual. Entre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram todos os tipos: físico, psicológico e sexual.”²⁸⁴

Nos últimos anos, a maior parte dos países tem procurado modificar a resposta dos Serviços de Saúde a estes casos de violência, tendencialmente crescentes de ano para ano, pois as vítimas acabam por entrar em contacto com o Sistema de Saúde em algum momento das suas vidas. Colocando, assim, os Serviços e os profissionais de saúde em lugar de destaque, onde as vítimas de violência podem ser identificadas, receber assistência e, caso aplicável, serem encaminhadas para serviços especializados. Importa, por isso, que o Estado, as Instituições, os diversos profissionais que no terreno trabalham com as vítimas de violência, os cientistas, bem como toda a sociedade civil,

²⁸³ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) - *Contributo da APAV para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.*

²⁸⁴ APAV, *Ibidem*

estejam informados sobre esta problemática e sobre estratégias e soluções existentes em cada comunidade visando identificá-la, tratá-la e preveni-la.

Em Portugal, o aumento da visibilidade social das situações de violência doméstica determinou um aumento sensível das participações criminais apresentadas ao Ministério Público e aos OPC, que devem tentar acompanhar esse movimento, e estruturarem-se em conjunto com os Serviços de Saúde para dar uma resposta adequada e célere a este fenómeno criminal.

A violência e o trauma a si associado são já mundialmente reconhecidos como um problema crítico de Saúde. Assim a “Medicina Forense de Emergência” representa uma nova era da prática médica, que está envolvida na resposta direta aos pedidos de auxílio da sociedade e na avaliação dos danos causados por violência criminal e interpessoal. A aplicação dos *standards* e princípios médico-legais, têm vindo a ser reconhecidos como fundamentais no tratamento do trauma nos SU, como em casos de maus tratos e negligência a crianças e idosos, e outras vítimas de vários tipos de violência física. Estes casos têm de ser denunciados às entidades competentes para que prossigam com as diligências de investigação. Havendo aqui uma responsabilidade mútua, que representa uma nova perspetiva na aproximação holística à prática forense, que está diretamente ligada ao atendimento e tratamento de pacientes num contexto clínico institucional. Assim defende-se a aplicação dos conhecimentos de Medicina Forense, à prática médica contemporânea nos SU, dando por isso, continuidade à assistência ao paciente e à Justiça. Defende-se ainda a implementação de Protocolos Forenses em todas as Instituições de Saúde, enfatizando assim a cooperação com a Justiça. Através deste ato, as Instituições de Saúde estarão a efetuar uma conexão crítica e fundamental nos Serviços de Urgência e de Trauma, que providenciará a obtenção de mais e melhores resultados para a investigação criminal.²⁸⁵

O profissional de saúde/perito, ao efetuar o exame e ao elaborar o relatório tem forçosamente de ter presente a sua finalidade, a qual, tal como verificado, poderá ser, entre outros, a imediata análise e documentação escrita e fotográfica das lesões físicas, para posterior apresentação como prova em tribunal. Assim, só se vislumbra vantagens numa possível opção de metodologia protocolada comum em todo o país, para avaliação imediata do dano corporal com relevância criminal/penal, nos SU. Permitindo a aquisição de prova física imediata da existência de um crime, sem que esta se perca com o passar do tempo, ou através do tratamento nos próprios hospitais. Facilitando ainda o trabalho

²⁸⁵ SHARMA, B.R., Op. Cit. 257.

dos órgãos de investigação que, à partida, começariam a fase de inquérito já com provas concretas e palpáveis.

Dessas referidas provas, fazem parte a Fotografia Forense a lesões relevantes. Tradicionalmente o uso da fotografia na prática forense tem sido limitado à cena do crime e à realização de autópsia. Mas, recentemente, a Fotografia Forense tem vindo a encontrar o seu caminho pelos SU. Sendo que as principais razões que poderão levar à utilização de uma câmara fotográfica para auxiliar as necessidades forenses, são, entre outras: registar e documentar as lesões e provas que tendem a desaparecer ou desvanecer com o tempo, não se preservando infinitamente; atuar como futuro auxiliar de memória; documentar lesões registando-as antes e depois do tratamento efetuado; mostrar a condição das provas ou das lesões aquando da sua descoberta ou quando realizado o exame; auxiliar a ilustrar o relatório médico escrito; apresentar em tribunal os factos tal como eles são (ou eram) no tempo do exame; confirmar a veracidade do testemunho apresentado, já em fase de julgamento.²⁸⁶

Com o passar do tempo, um indivíduo tende a esquecer alguns acontecimentos da sua vida, e juntamente com a memória as possíveis lesões da agressão também se desvanecem, podendo não deixar sequelas. Assim quando um indivíduo, que diz ter sido vítima, se apresenta perante o Tribunal, provavelmente, já terão decorrido sensivelmente 1 ou 2 meses após a agressão da qual foi vítima, como tal, em frente ao Juiz, a vítima em questão poderá não aparentar nenhuma lesão evidente. É com este fundamento que este tipo de prova deve ser obtido o mais rapidamente possível após o acontecimento, para que ela não se perca/desvaneça ou deteriore. Como tal, a colaboração dos Serviços de Saúde como Hospitais, nomeadamente os SU, são uma mais-valia para a Justiça, pois permitem a aquisição imediata de uma possível prova, mais valiosa, a nível forense.

Salienta-se ainda que, apesar de somente nas últimas duas décadas, esta área integrada na Medicina e no Direito, ter começado a ganhar um interesse académico e científico maior, começaram a surgir no mundo exemplos de injustiça e falhas graves no cumprimento dos direitos fundamentais básicos, e, nestes casos o contributo dos profissionais forenses tem sido muito pouco para socorrer uma necessidade atual cada vez maior. Acredita-se que o papel de um perito forense, dentro de Organizações Internacionais, tal como o Tribunal Penal Internacional, tem muitas hipóteses de continuar a expandir e de tornar-se imprescindível para o alcance da Justiça e da verdade.

²⁸⁶ SHARMA, B.R., Op. Cit. 257.

2. Futuras linhas de investigação

Na presente dissertação coligimos múltiplos saberes, doutrinas e práticas jurisprudenciais relativas às matérias em estudo. Tentamos evidenciar a importância do contributo da Traumatologia Forense para o apuramento da verdade nos tribunais e a sua importância como prova física.

Porém, será possível ir muito mais além, nomeadamente através de um repensar processual que visasse uma maior colaboração e interdisciplinaridade entre os Órgãos Judiciais e as Instituições de Saúde, de maneira a positivar a necessidade/obrigatoriedade do cumprimento de sistemas protocolados de intervenção forense nos SU como forma de auxiliar o julgador na descoberta da verdade material.

Não terminamos sem antes nos propormos a uma investigação e implementação futura de quadros standardizados de atendimento a vítimas de crime violento nos Serviços de Urgência. Chegou a era de que, uma prática forense competente e eficiente dentro dos SU, deixou de ser uma mera consideração, mas antes um *standard* mínimo e constante. No entanto, para que tal seja conseguido, a lacuna entre a prática clínica e a aplicação de conhecimentos forenses deve diminuir.

Por exemplo, nos casos de crianças e jovens, tem de ser feito um esforço interdisciplinar por parte de todas as instituições que dividem esta responsabilidade de proteção de menores, de maneira a que o problema da violência contra crianças e jovens possa ser devidamente abordado e prevenido.

Defende-se a contratação de peritos em Trauma Forense para trabalhar nos SU em conjunto com todos os departamentos do mesmo, aliviando assim a carga de trabalho dos médicos e enfermeiros destes serviços, e facilitando a limitação de tempo que muitas vezes, estes dispõem. É compreensível, esta ser considerada uma ideia utópica, devido à evidente crise por que passa neste momento o país. Sem prescindir que, num futuro melhor, esta seria a sugestão mais adequada para garantir a melhor prestação de serviços possível.

Tendo em conta o que poderá ser concretizável neste momento, defende-se, a necessidade de formação específica para os médicos e enfermeiros dos SU de maneira a estarem aptos a lidar com situações com relevância forense. Promovendo-se cursos de formação e workshops, nas próprias Instituições de Saúde, dirigidos aos profissionais de saúde, sobre as vítimas de crime, tendo três vertentes: a compreensão dos vários tipos de crimes; a compreensão dos vários tipos de lesões causadas por determinadas ações; e como proceder nestes casos.

Defende-se a estruturação dos SU de maneira a incluir uma sala específica para receber casos como estes, já equipada com todo o material necessário, como, os Relatórios Forenses propostos, e o correspondente consentimento informado, um sistema informático adequado, máquina fotográfica, filtros UV e réguas para medir as lesões. Facilitando a dinâmica do Serviço e da perícia a realizar.

Com tudo isto, defende-se, obviamente, a implementação de medidas de atuação e desenvolvimento de *guidelines* tendo em vista níveis adequados de atendimento a vítimas de crime e de violência. Adequando os modelos organizativos dos Serviços e promovendo a articulação entre as estruturas competentes, como os Serviços de Urgência e o Departamento Jurídico, com vista a uma intervenção simples, rápida e eficaz.

Defende-se também, a equiparação do acesso à Saúde das vítimas de crimes violentos às vítimas de violência doméstica nomeadamente na isenção das taxas moderadoras, de maneira a facilitar o acesso destas vítimas aos Serviços de Saúde.

Ao nível da investigação, defende-se, ainda, a promoção de investigações científicas sobre as vítimas de crime que recorrem às diferentes Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, e a elaboração de relatórios estatísticos sobre o recurso das vítimas de crime e de violência às Unidades de Saúde, bem como, as pessoas idosas vítimas que são “abandonadas” nestes serviços por prestadores de cuidados (formais ou informais).

Sugere-se ainda que este tipo de Protocolos possa ser adaptado a outras situações (também elas de importância forense) que não os crimes violentos. Assim poderiam existir *guidelines* (a par das propostas, mas adaptadas ao respetivo Direito) que facilitassem o processamento de casos como acidentes de trabalho, com a respetiva tramitação processual de trabalho, e acidentes de viação, com a respetiva tramitação processual civil. Ambos também muito recorrentes nos SU.

BIBLIOGRAFIA

Livros:

- CALABUIG, Gisbert e CAÑADAS, E. Villanueva - *Medicina Legal y Toxicología*. 6.^a ed.. Barcelona: Masson, 2004. ISBN 84-458-1415-X
- DIMAIO, Vincent J. - *Gunshot Wounds*. 2^a ed.. E.U.A.: CRC Press LLC, 1999. ISBN 0-8493-8163-0;
- DIMAIO, Vincent J. e DIMAIO, Dominick - *Forensic Pathology*. 2^a ed. E.U.A.: CRC Press LLC, 2001. ISBN 0-8493-0072-X;
- DIX, Jay - *Color Atlas of Forensic Pathology*. E.U.A.: CRC Press LLC, 2000. ISBN 0-8493-0278-1;
- DOLINAK, David; MATSHES, Evan e LEW, Emma - *Forensic Pathology, Principles and Practice*. Londres: Elsevier Academic Press, 2005. ISBN 0-12-219951-0;
- EISELE, Rogério Luiz e CAMPOS, Maria De Lourdes B. - *Manual de Medicina Forense e Odontologia Legal*. Curitiba: Ed. Juruá, 2003. ISBN 8536205091;
- FIGUEIREDO DIAS, Jorge - *Tomo I: Questões fundamentais, a doutrina geral do crime*. In "Direito Penal, Parte Geral". 2^a ed.. Coimbra: Coimbra Editora, 2011. ISBN 9789723221084;
- FORTIN, M. - *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Lusociência. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN 978-972-8383-10-7;
- FRANÇA, Genival Veloso de - *Medicina Legal*. 9^a ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1693-2;
- GESTRING, Brian J. - *A Forensic Scientist's guide to Photography*. Leitura para o "American Board of Criminalistics Certification Examinations". Bridgewater, Nova Jersey: Edição do Autor, 2007;

- JACOBIA, Jack e BLITZER, Herbert L. - *Forensic Digital Imaging and Photography*. Elsevier Science Publishing CO. Inc., 2002. ISBN 0-1210-6411-5;
- LOPES, Carlos - *Guia de Perícias Médico-Legais*. 3ª ed.. Porto: Edição do Autor, 1958;
- McLAY, W.D.S. - *Clinical Forensic Medicine*. 3ª ed.. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. ISBN 13 978-0-521-70568-4;
- McQUOID-MASON, D.; PILLEMER, B.; FRIEDMAN, C. e DADA, M. - *Crimes against women and children: a medico-legal guide*. Durban, South Africa: Independent Medico-Legal Unit, 2000. ISBN 0-620-28734-9;
- MINAYO, M.C.S. - *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. ISBN 8-5754-109-46;
- RAMSAY, David A. e SHKRUM, Michael J. - *Forensic Pathology of Trauma*. Totowa, Nova Jersey: Humana Press, 2007. ISBN 1-58829-458-7;
- STARK, Margaret M. - *Clinical Forensic Medicine, A Physician's Guide*. 2ª ed.. Totowa, Nova Jersey: Humana Press, 2005. ISBN 1-58829-368-8.

Artigos científicos:

- BARSLEY, R.E.; WEST, M.H. e FAIR, J.A. - *Forensic photography. Ultraviolet imaging of wounds on skin*. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. ISSN 0195-7910. 11:4 (1990), 300-8;
- COVINGTON, D.L.; MAXWELL, J.G.; CLANCY, T.V.; CHURCHILL, M.P. e AHRENS, W.L. - *Poor Hospital Documentation of Violence against Women*. Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care. ISSN 1079-6061. 38:3 (1995), 412-6;

- DURÃO, C. e PINTO, R. - *O que o ortopedista deve saber sobre balística terminal*. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. ISSN 1646-2122. 20:2 (2012), 167-180;
- DURÃO, C.; LUCAS, F. M. e VIEIRA, D.N. – *Aspectos Forenses das lesões ortopédicas nos atropelamentos*. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. ISSN 1646-2122. 22:2 (2014), 19-32;
- EVANS, S.; BAYLIS, S.; CARABOTT, R.; JONES, M.; LAWSON, Z.; MARSH, N.; PAYNE-JAMES, J.; RAMADANI, J.; VANEZIS, P. e KEMP, A. - *Focussing on the future: Survey results on the image capture of patterned cutaneous injuries*. Journal of Forensic and Legal Medicine. ISSN 1752-928X. 24 (2014), 7-11;
- FERRIS, L.E.; McMAIN-KLEIN, M. e SILVER, L. - *Documenting wife abuse: a guide for physicians*. Canadian Medical Association Journal. ISSN 0820-3946. 156:7 (1997), 1015-22;
- FULTON, D.R. - *Recognition and documentation of domestic violence in the clinical setting*. Critical Care Nursing Quarterly. ISSN 0887-9303. 23:2 (2000), 26-34;
- FUNK, M. e SCHUPPEL, J. - *Stragulation injuries*. Wisconsin Medical Journal. ISSN 0043-6542. 102:3 (2003), 41-45;
- HENDERSON, E.; HARADA, N. e AMAR, A. - *Caring for the forensic population: recognizing the educational needs of emergency department nurses and physicians*. Journal of Forensic Nursing. ISSN 1556-3693. 8 (2012), 170-177;
- HENHAM, A.P. e LEE, K.A. - *Photography in forensic medicine*. The Journal of audiovisual media in medicine. ISSN 0140-511X. 17:1 (1994), 15-20;
- JACOBI, G.; DETTMAYER, R.; BANASCHAK, S.; BROSIG, B. e HERRMANN, B. - *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*. Deutsches Ärzteblatt International. ISSN 1866-0452. 107:13 (2010), 231–40;

- LANGLOIS, N.E. e GRESHAM, G.A. - *The ageing of bruises: a review and study of the colour changes with time.* Forensic Science International. ISSN 1875-1741. 50:2 (1991), 227-38;
- LECOMTE, M.M.; HOLMES, T.; KAY, D.P.; SIMONS, J.L. e VINTINER, S.K. - The use of photographs to record variation in bruising response in humans. Forensic Science International. ISSN 1875-1741. 231:1-3 (2013), 213-8;
- MAGALHÃES, T.; COSTA, D.P.; CORTE-REAL, F. e VIEIRA, D.N. - *Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais.* Revista de Direito Penal, Ano II: 1 (2003), 63-82;
- MAGALHÃES, T. - *A vítima como objecto da intervenção médico-legal.* Acta Médica Portuguesa. ISSN 0870-399X. 18 (2005), 453-458.
- MAGUIRE, S.; MANN, M. K.; SIBERT, J. e KEMP, A. - *Can you age bruises accurately in children? A systematic review.* *Archives of Disease in Childhood*. ISSN 1468-2052. 90 (2005), 187-189;
- McCracken, L.M. - *Living Forensics: a natural evolution in emergency care.* Accident and Emergency Nursing Journal. ISSN 0965-2302. 7 (1999), 211-216;
- NITTIS, M., HUGHES, R., GRAY, C. e ASHTON, M. - *Domestic violence documentation project 2012.* Journal of Forensic and Legal Medicine. ISSN 1752-928X. 20 (2013), 683-689;
- OZKALIPCI, O. e VOLPELLIER, M. - *Photographic documentation, a practical guide for non professional forensic photography.* *Torture*. ISSN 1018-8185. 20:1 (2010), 45-52;
- PAIVA, C. e ZAHER, V.C. - *Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial.* Saúde, Ética & Justiça. ISSN 1414-218X. 17:1 (2012), 12-20;
- PEREIRA, B.A.C. e RAMOS, I.R. - *Direito e Medicina: o espectro equimótico de Legrand du Saulle à luz da jurisprudência brasileira.* Derecho y Cambio Social. ISSN 2224-4131. (2014), depósito legal: 2005-5822;

- PIRES, J.M.A. e MOLLE, L.D. - *Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos*. Jornal de Pediatria. ISSN 0021-7557. 75:4 (1999), 281-286;
- REIJNDERS, U.J.L. e CELEN, M. - *7208 Victims of domestic and public violence; an exploratory study based on the reports of assaulted individuals reporting to the police*. Journal of Forensic and Legal Medicine. ISSN 752-928X. 24 (2014), 18-23;
- SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I. e DOSSI, A.P. - *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. Revista de Saúde Pública. ISSN 0034-8910. 41:3 (2007), 472-7;
- SHARMA, B.R. - *Clinical forensic medicine – management of crime victims from trauma to trial*. Journal of Clinical Forensic Medicine. ISSN 1353-1131. 10 (2003), 267-273;
- SHERIDAN, D.J. - *Forensic Documentation of Battered Pregnant Women*. Journal of Nurse-Midwifery. ISSN 0091-2182. 41:6 (1996), 467-72;
- SCHMIDT, U. - *Sharp force injuries in “clinical” forensic medicine*. Forensic Science International. ISSN 0379-0738. 195 (2010), 1–5;
- VERHOFF, M.A.; KETTNER, M.; LÁSZIK, A. e RAMSTHALER, F. - *Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol*. Deutsches Arzteblatt International. ISSN 1866-0452. 109:39 (2012), 638-642.

Teses, textos e outras referências eletrônicas:

- ALVARÉZ, Mercedes – *Estudio de las contusiones. Signos de lucha e signos de defensa*. Valência: Universidade de Valência, 5ª Ed., Módulo 3, Unidade 10. Dissertação de Mestrado em Medicina Forense;
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - *Contributo da APAV para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*;

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - Estatísticas APAV: Relatório Anual 2013 [Em linha]. [Consult. 10 de Agosto 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.apav.pt/estatisticas> ;
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e Direcção-Geral da Saúde - *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. (2011);
- CARDOSO, Cristina A. T. - *A Violência Doméstica e as penas acessórias*. Porto: Universidade Católica do Porto. Dissertação do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em direito criminal sob a orientação da Sra. Prof. Dra. Maria Conceição Ferreira da Cunha;
- Centro de Estudos Judiciários (CEJ) - *Violência Doméstica: Avaliação e Controlo de Riscos*. Coleção de Formação Contínua, (2014);
- CONDE FERNANDES, Plácido - *A Violência Doméstica no Novo Quadro Legal*. Procurador-Adjunto e Docente no Centro de Estudos Judiciários. [Em linha]. [Consult. 1 de Setembro 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://penal2.blogspot.pt/2008/10/violencia-domstica-novo-quadro-legal-e.html>;
- Direcção-Geral da Saúde - *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da saúde*. Lisboa, (2008);
- FERREIRA, L.A.M. e PENHA, J.A. - *A responsabilidade médica em relação aos maus tratos de criança e do adolescente e a legislação menorista*;
- MAGALHÃES, Teresa - *Apontamentos de Clínica Médico-legal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, (2003/2004);
- MAGALHÃES, Teresa - *Da avaliação à reparação do dano corporal*. Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte; Faculdade de Medicina e Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto;
- POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Wounds e Wounds II*. Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;

- POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 1 – Blunt Force Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;
- POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 2 – Sharp Force Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;
- POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 3 – Gunshot Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;
- POUNDER - Derrick. *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 4 – Burns and Electrical Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;
- POUNDER, Derrick - *Lecture Notes in Forensic Medicine: Chapter 5 – Head Injuries*, Professor na Universidade de Dundee, Departamento de Medicina Forense;
- Procuradoria-Geral Distrital do Porto. [Em linha]. [Consult. 27 de Julho 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.pgporto.pt/proc-web/faq.jsf?ctxId=85>.
- Relatório Anual da Segurança Interna (RASI), 2013;
- RESENDE, Anelino José: Professor de Medicina Legal do Centro Universitário de Brasília e Médico Legista aposentado do Instituto de Medicina Legal do DF, ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina Legal, (2012). [Em linha]. [Consult. 20 de Agosto 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://periciamedicalegal.com.br/>;
- RICHARDS, Austin - *Reflected Ultraviolet Imaging for Forensics Application*. Professor Auxiliar no “Brooks Institute of Photography”, Cientista Investigador Sênior, Califórnia, (2010);

Legislação e Jurisprudência:

- Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, Proc. 549/08.7PVLSB.S1 de 15/12/2011;
- Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, Proc. 1290/12.1PBAVR.C1, de 29 de Janeiro de 2014;
- Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, Proc. 0141381 de 20/03/2002;
- Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de Julho;
- Despacho nº 31292/2008 da Ministra da Saúde;
- GONÇALVES, M.L.M. - *Código Penal Português: Anotado e Comentado, Legislação complementar*. 18ª ed., Coimbra: Edições Almedina, 2007. ISBN 978-972-403-247-4;
- Lei nº 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo).
- Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto (Regime Jurídico das Perícias Médico-Legais);
- Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro (Regime Jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas);
- PORTUGAL – *Código Civil*. Aprovado pelo DL nº47 344, de 25 de Novembro de 1966. Coimbra: Ed. Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4315-9.
- PORTUGAL - *Código de Processo Penal e Legislação complementar*. Aprovado pelo DL nº 78/87, de 17 de Fevereiro e retificado pela Lei nº 20/2013, de 21 de Fevereiro. 7ª ed. Lisboa: Ed. Quid Juris, 2013. ISBN 978-972-724-937-3.

Protocolos:

- *California Medical Protocol for Examination of Suspicious Injury – Mandated Suspicious Injury Report* (Cal OES 2-920);

- *California Medical Protocol for Examination of Child Physical Abuse and Neglect Victims – Forensic Medical Report: Suspected Child Physical Abuse and Neglect Examination* (Cal OES 2-900);
- *California Medical Protocol for Examination of Domestic Violence and Elder and Dependent Adult Abuse and Neglect - Forensic Medical Report: Elder and Dependent Adult Abuse and Neglect Examination* (Cal OES 2-602);
- *Department of Health, State of Western Australia (2014) – Guideline for Responding to Family and Domestic Violence 2014;*
- Direcção-Geral da Saúde, Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (2011) - Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção;
- *Faculty of Forensic and Legal Medicine - Examination of Adult Complainant of Domestic Violence;*
- Organização Mundial de Saúde – *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genebra, 2003. ISBN 92 4 154628 X;
- *U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women (2013) - A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents, 2ª Ed..*

ANEXO 1

RELATÓRIO FORENSE: EXAME DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Formulário



[Logotipo da instituição]

Identificação do paciente: _____

Relatório Forense:**Exame de Suspeita de Violência Doméstica****Estado Português****Documento confidencial**

Acompanhado pela declaração de consentimento informado do paciente e anexos fotográficos (se aplicável)

Data: _____

A. Informação Geral:

1. Nome completo do paciente

--

2. B.I./C.C

3. Naturalidade

4. Nacionalidade

--	--	--

5. Morada completa

6. Código Postal

--	--

7. Idade

8. Sexo (F/M)

9. Afinidade populacional (Caucasiano, Negro, Asiático, Outros)

--	--	--

10. Chegada do paciente

11. Início do exame forense

12. Fim do exame forense

Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora
-----------	-----------	-----------

B. História da agressão:

1. Nome da pessoa que forneceu informação

2. Relação com o paciente

--	--

3. Data e hora da agressão

--

4. Breve descrição da agressão

HISTÓRIA DO EVENTO*A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a).....**No dia ..., às ... horas, refere ter sofrido**Do traumatismo terá resultado....**Foi socorrido no... tendo realizado...**Outros...*

--

5. Agressor: Conhecido _____ Desconhecido _____

Nome

--

6. Sexo do agressor

7. Idade estimada do agressor

8. Relação com a vítima (marido/a, namorado/a, pai/mãe)

--	--	--

9. Agressor:

Dextro _____

Esquerdino _____

Não sabe _____

Identificação do paciente: _____

C. Exame Físico Completo:

1. História de agressões não recentes? S___ N___

--

2. Uso de armas pelo agressor?

Sim___ Não___

Quais? (selecionar **X** todas as aplicáveis ao caso)

Objeto cortante	Objeto contundente	Arma de fogo	Outros objetos:	Outros meios:
			_____	_____
			_____	_____

3. Breve descrição das lesões que resultaram da agressão em análise

--

4. Exames complementares realizados e/ou solicitados (se aplicável)

--

Houve coleta de material e/ou vestígio biológico? ___Não; ___Sim , Qual?_____

Identificação do paciente:_____

5. Análise do hábito externo - Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)

Caso existam lesões relacionáveis com o evento, identificá-las nos diagramas (pontos 7, 8 e 9)

Apresenta as seguintes lesões / sequelas:

☐ **Não apresenta qualquer lesão**

Crânio:

Face:

Pescoço:

Ráquis:

Tórax:

Abdômen:

Períneo:

Membro superior direito:

Membro superior esquerdo:

Membro inferior direito:

Membro inferior esquerdo:

6. Análise do hábito externo - Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)

Apresenta as seguintes lesões / sequelas:

☐ **Não apresenta qualquer lesão**

Crânio:

Face:

Pescoço:

Ráquis:

Tórax:

Abdômen:

Períneo:

Membro superior direito:

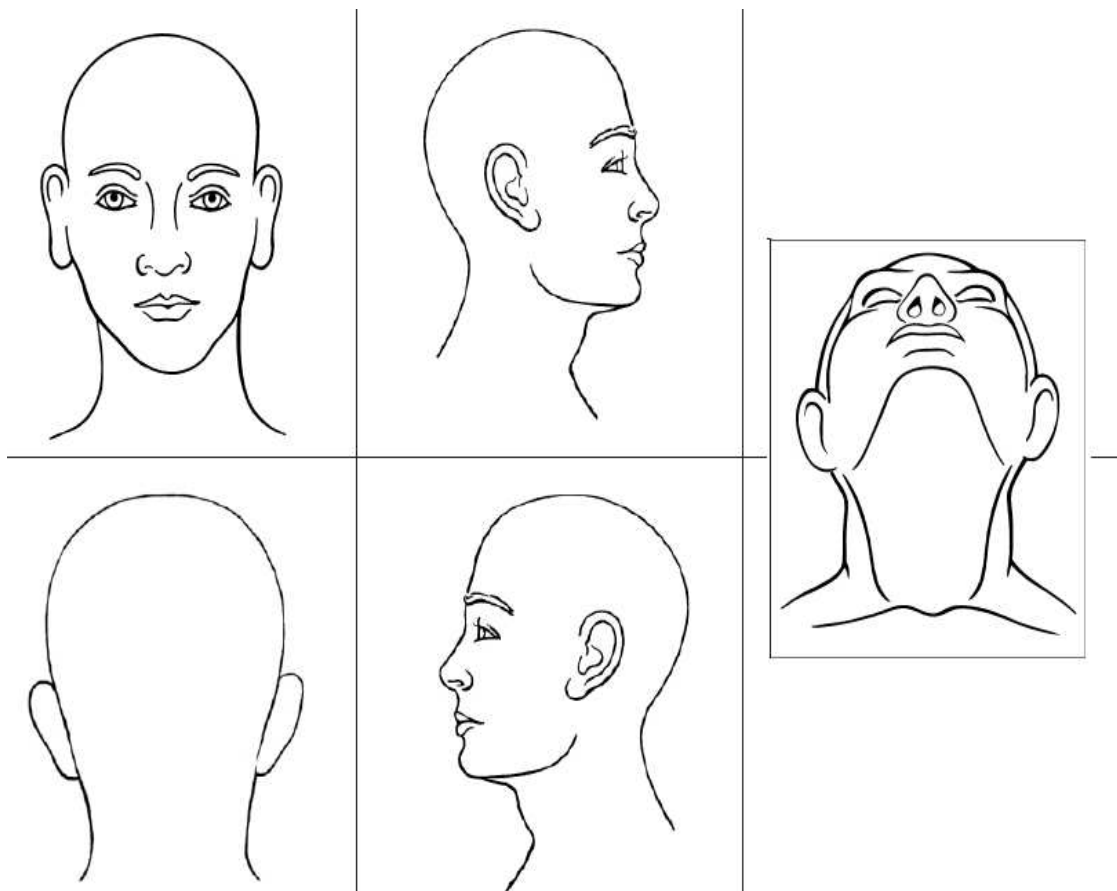
Membro superior esquerdo:

Membro inferior direito:

Membro inferior esquerdo:

Identificação do paciente: _____

7. Análise do hábito externo – **CABEÇA** (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema

P – Petéquias
T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura

Q – Queimadura
L – Laceração
FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa

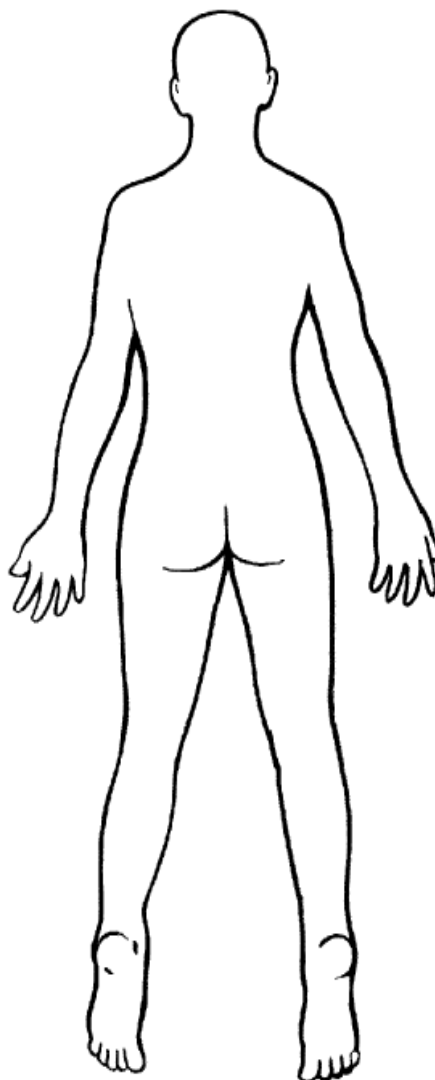
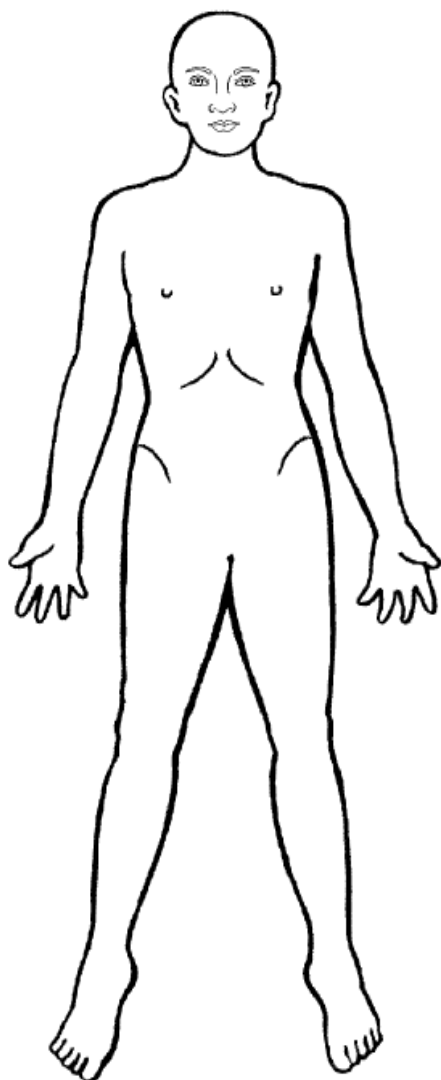
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

(Foram adicionadas cópias desta página)_____

Identificação do paciente:_____

8. Análise do hábito externo – CORPO, FACE ANTERIOR E POSTERIOR (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema
P – Petéquias

T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura
Q – Queimadura
L – Laceração

FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

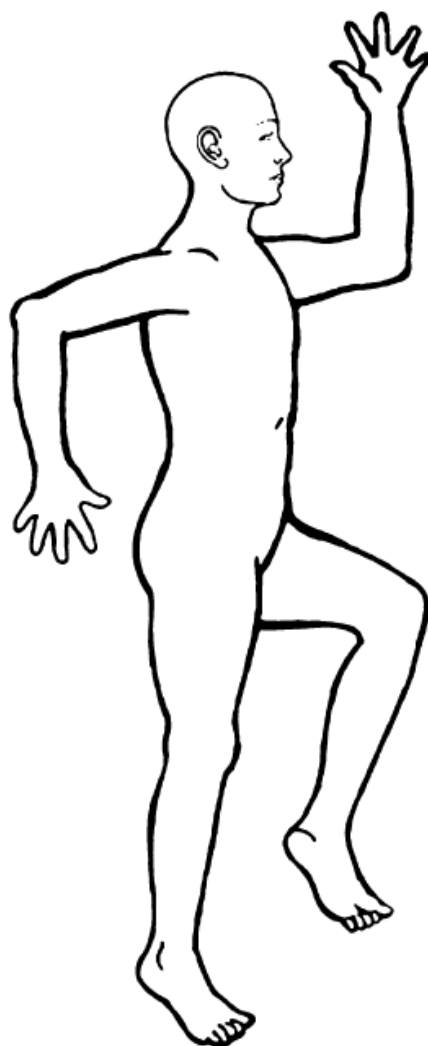
(Foram adicionadas cópias desta página)_____

Identificação do paciente:_____

9. Análise do hábito externo – CORPO, FACES LATERAIS (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável



J



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema
P – Petéquias

T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura
Q – Queimadura
L – Laceração

FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

(Foram adicionadas cópias desta página) ____

Identificação do paciente: _____

D. Dano psicológico: S____ N____

1. O paciente foi encaminhado para os Serviços de Psicologia/Psiquiatria? S____ N____
2. Foi adicionado relatório médico de Psicologia ou Psiquiatria Forense a este relatório? S____ N____

E. Relação entre a história do evento e as lesões encontradas:

1. Os elementos disponíveis permitem admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano?
S____ N____ Prejudicado____

F. Documentação:

1. Existe **documentação fotográfica** das lesões? N____ S____ ☐ Ver ponto **H "Prova Fotográfica"**
(as fotografias tiradas devem ser anexadas a este documento, com folhas numeradas e acompanhadas com o consentimento da vítima/paciente)
2. Identificação da pessoa que tirou as fotografias:
Médico (a) ☐ Enfermeiro (a) ☐ Perito ☐ Outro ☐

Nome: _____

G. Procedimento seguido/a seguir:

O paciente teve alta	
O paciente foi internado	
Aconselhado acompanhamento psicológico	
Sugerido acompanhamento noutras Instituições de Apoio à Vítima (APAV e NAVVD)	
As autoridades competentes foram devidamente informadas, da existência da suspeita de um crime público, nos termos do art. 29º da Lei 112/2009 de 16 de Setembro, e do art. 242º do Cód. Processo Penal (crimes de denúncia obrigatória)	

Data: ____/____/____	Assinatura do Médico: _____	Cédula Profissional: _____
-----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Identificação do paciente: _____

H. Prova fotográfica:

1. Fotografias tiradas a ____/____/____ às ____ horas.
2. Quantas fotografias foram tiradas? ____
(Anexar as fotografias a este documento e guardá-las na ficha clínica do paciente)

3. Identificação da pessoa que tirou as fotografias:
Médico (a) ☐ Enfermeiro (a) ☐ Perito ☐ Outro ☐

Nome: _____

4. Marca e modelo da máquina: _____

5. A máquina tem _____ Megapixéis.

6. **Legendas das fotografias** (em cada fotografia o profissional e saúde deve colocar, na parte de trás da mesma, o nome e número do paciente)

Fotografia nº	Legenda

(Foram adicionadas cópias desta página) ____

Identificação do paciente: _____

Modelo de Consentimento Informado do Paciente/Vítima

Consentimento Informado, esclarecido e livre para atos/intervenções de Saúde nos termos da norma n.º 015/2013 da Dir. Geral da Saúde

[Parte informativa]

- ☐ Autorizo a realização da análise, interpretação e documentação dos acontecimentos descritos pelo paciente/vítima, de relevância forense, através de relatório médico e diagramas corporais;
- ☐ Autorizo a realização da documentação fotográfica de lesões com relevância forense;
- ☐ Autorizo que uma cópia deste relatório seja encaminhada aos Serviços do Ministério Público competentes, para instauração do devido procedimento criminal.

[Parte declarativa do profissional] Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data ____/____/____

Assinatura e número de cédula profissional _____

[Parte declarativa da pessoa que consente]

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o(s) ato(s) indicado(s) acima, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas e forenses fundamentadas.

_____(local), ____/____/____(data)

Nome do paciente: _____

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

Doc. Identificação N.º _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação: _____

Assinatura _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Identificação do paciente: _____

ANEXO 2

RELATÓRIO FORENSE: EXAME DE SUSPEITA DE MAUS TRATOS E NEGLIGÊNCIA A MENORES

Formulário



[Logotipo da instituição]

Identificação do paciente: _____

Relatório Forense:
Exame de Suspeita de Maus Tratos e Negligência a Menores**Estado Português****Documento confidencial***Acompanhado pela declaração de consentimento informado do paciente menor,
e seus representantes legais, e anexos fotográficos (se aplicável)***Data:** _____**A. Informação Geral**

1. Nome completo do menor/paciente

--

2. B.I./C.C

3. Naturalidade

4. Nacionalidade

--	--	--

5. Morada completa

6. Código Postal

--	--

7. Idade

8. Sexo (F/M)

9. Afinidade populacional (Caucasiano, Negro, Asiático, Outros)

--	--	--

10. Nome da(s) pessoa(s) responsável(eis) pelo menor: Mãe____ Pai____ Avós____ Tutor legal____
Outro: _____

	Idade: _____
Morada completa: _____	Contacto: _____

11. Nome da(s) pessoa(s) responsável(eis) pelo menor: Mãe____ Pai____ Avós____ Tutor legal____
Outro: _____

	Idade: _____
Morada completa: _____	Contacto: _____

12. Chegada do paciente

13. Início do exame forense

14. Fim do exame forense

Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora

15. O paciente/menor estava acompanhado por:

Pai

Mãe

Avô

Avó

Tutor legal

Irmão/Irmã

Agente da autoridade

Outro: _____

Identificação do paciente: _____

B. História da agressão

1. Nome da pessoa que forneceu informação	2. Relação com o paciente/menor
3. Data e hora da agressão	
4. Breve descrição da agressão (caso a descrição também seja feita pelo menor, anotar as palavras utilizadas pelo mesmo)	
<p><i>HISTÓRIA DO EVENTO</i> <i>A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a).....</i></p> <p><i>No dia ..., às ... horas, refere ter sofrido</i> <i>Do traumatismo terá resultado....</i> <i>Foi socorrido no... tendo realizado...</i> <i>Outros...</i></p>	
5. Agressor: Conhecido _____ Desconhecido _____	
Nome	
6. Sexo do agressor	7. Idade estimada do agressor
8. Relação com o menor/ vítima (pai/mãe, avô/avó, irmão/irmã, professor (a), tutor (a), outros)	
9. Agressor: Dextro _____ Esquerdino _____ Não sabe _____	

C. Exame Físico Completo:

1. História de agressões não recentes do menor? S _____ N _____
 Quais?

História de maus tratos físicos
 História de negligência
 Exposição a violência doméstica
 Exposição a drogas/álcool
 Hospitalizações
 Sujeito a cirurgia

História de doenças significativas
 Afetação no desenvolvimento e crescimento
 Outra condição clínica pertinente que influencie a interpretação dos resultados do exame

Descrever brevemente a história de agressões não recentes ou outras relevantes para o exame forense

Identificação do paciente: _____

2. Uso de armas pelo agressor? Sim____ Não____

Quais? (selecionar **X** todas as aplicáveis ao caso)

Objeto cortante	Objeto contundente	Arma de fogo	Outros objetos: _____ _____	Outros meios: _____ _____
-----------------	--------------------	--------------	-----------------------------------	---------------------------------

3. Breve descrição das lesões que resultaram da agressão em análise

4. Exames complementares realizados e/ou solicitados (se aplicável)

Houve coleta de material e/ou vestígio biológico? ____Não; ____Sim , Qual?_____

5. Análise do hábito externo:

Altura:	Peso:
Aparência física geral:	

Identificação do paciente:_____

5.1. Análise do hábito externo - Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)

Caso existam lesões relacionáveis com o evento, identificá-las nos diagramas (pontos 5.3, 5.4 e 5.5)

Apresenta as seguintes lesões / sequelas:

☐ **Não apresenta qualquer lesão**

Crânio:

Face:

Pescoço:

Ráquis:

Tórax:

Abdómen:

Períneo:

Membro superior direito:

Membro superior esquerdo:

Membro inferior direito:

Membro inferior esquerdo:

5.2. Análise do hábito externo - Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)

Apresenta as seguintes lesões / sequelas:

☐ **Não apresenta qualquer lesão**

Crânio:

Face:

Pescoço:

Ráquis:

Tórax:

Abdómen:

Períneo:

Membro superior direito:

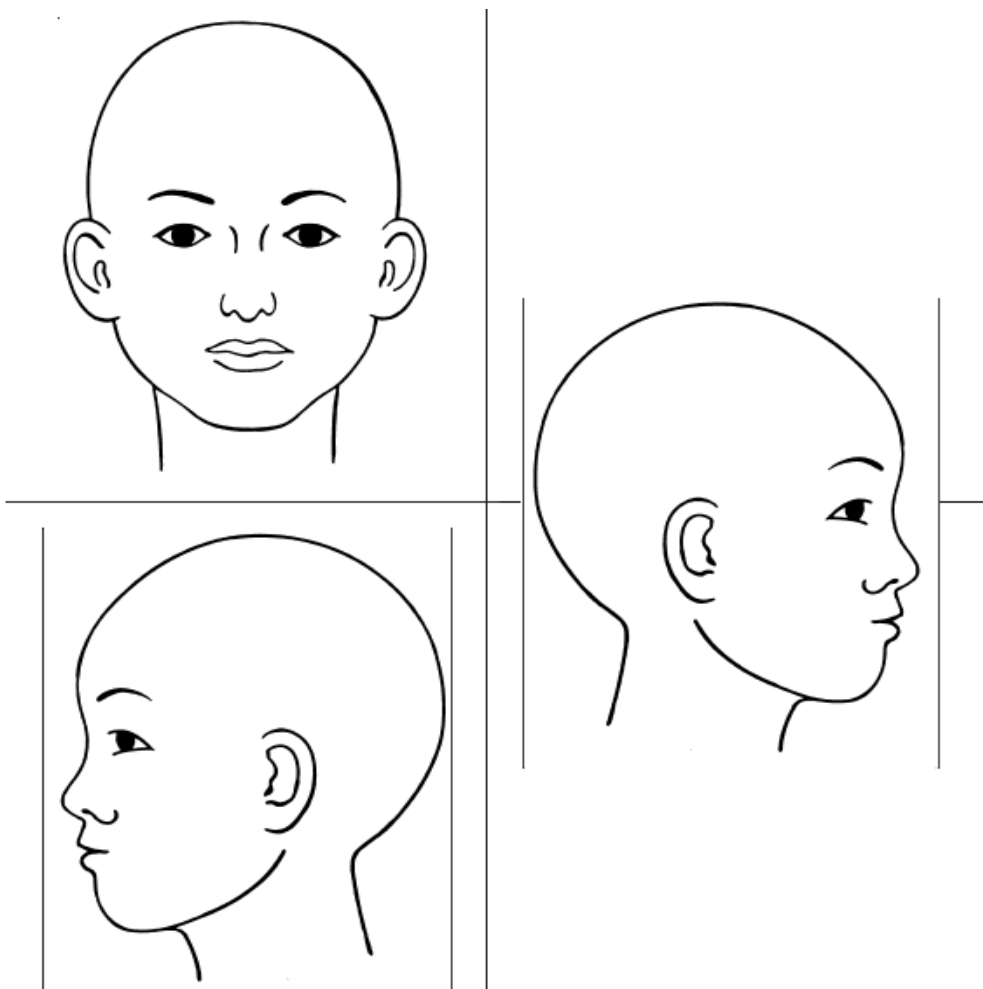
Membro superior esquerdo:

Membro inferior direito:

Membro inferior esquerdo:

Identificação do paciente: _____

- 5.3. Análise do hábito externo – CABEÇA (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável.



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema

P – Petéquias
T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura

Q – Queimadura
L – Laceração
FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa

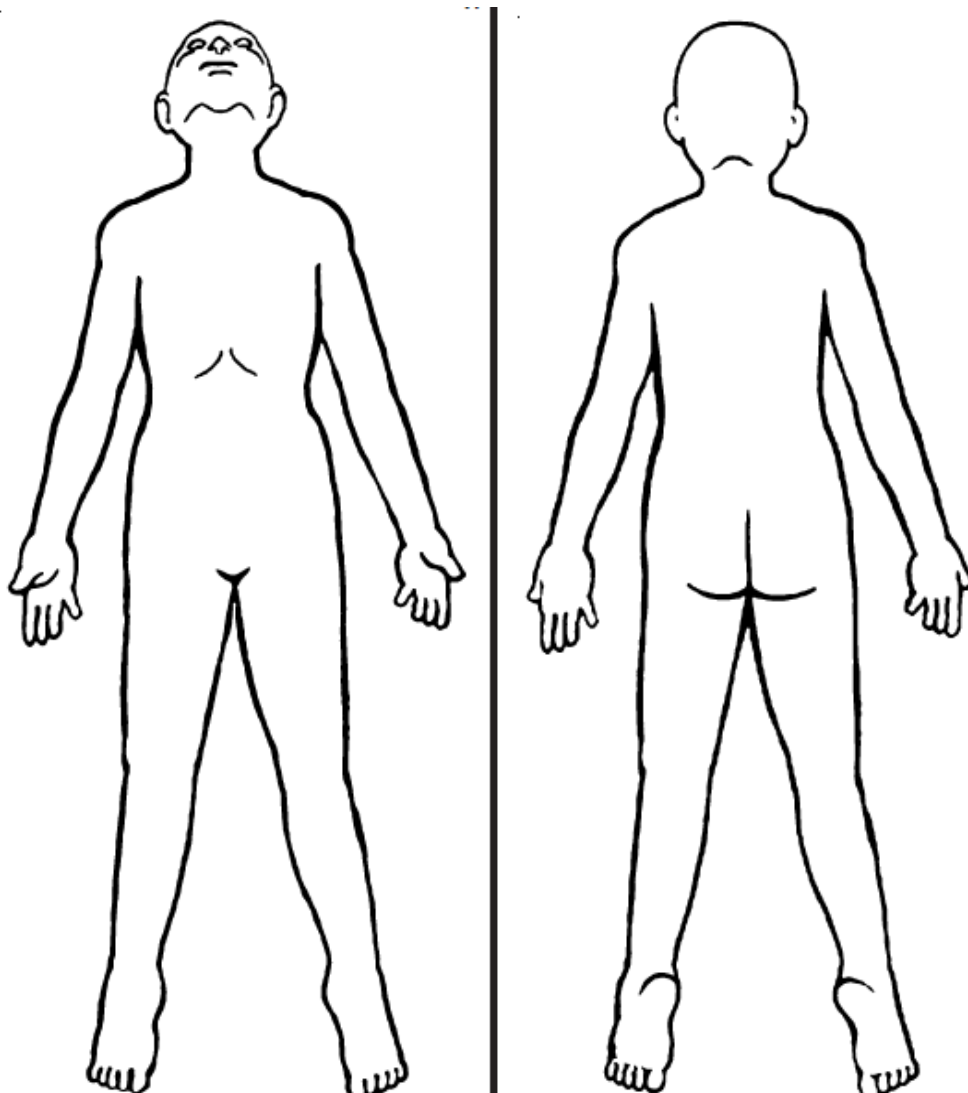
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

(Foram adicionadas cópias desta página)_____

Identificação do paciente:_____

- 5.4. Análise do hábito externo – CORPO, FACE ANTERIOR E POSTERIOR (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável.



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema
P – Petéquias

T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura
Q – Queimadura
L – Laceração

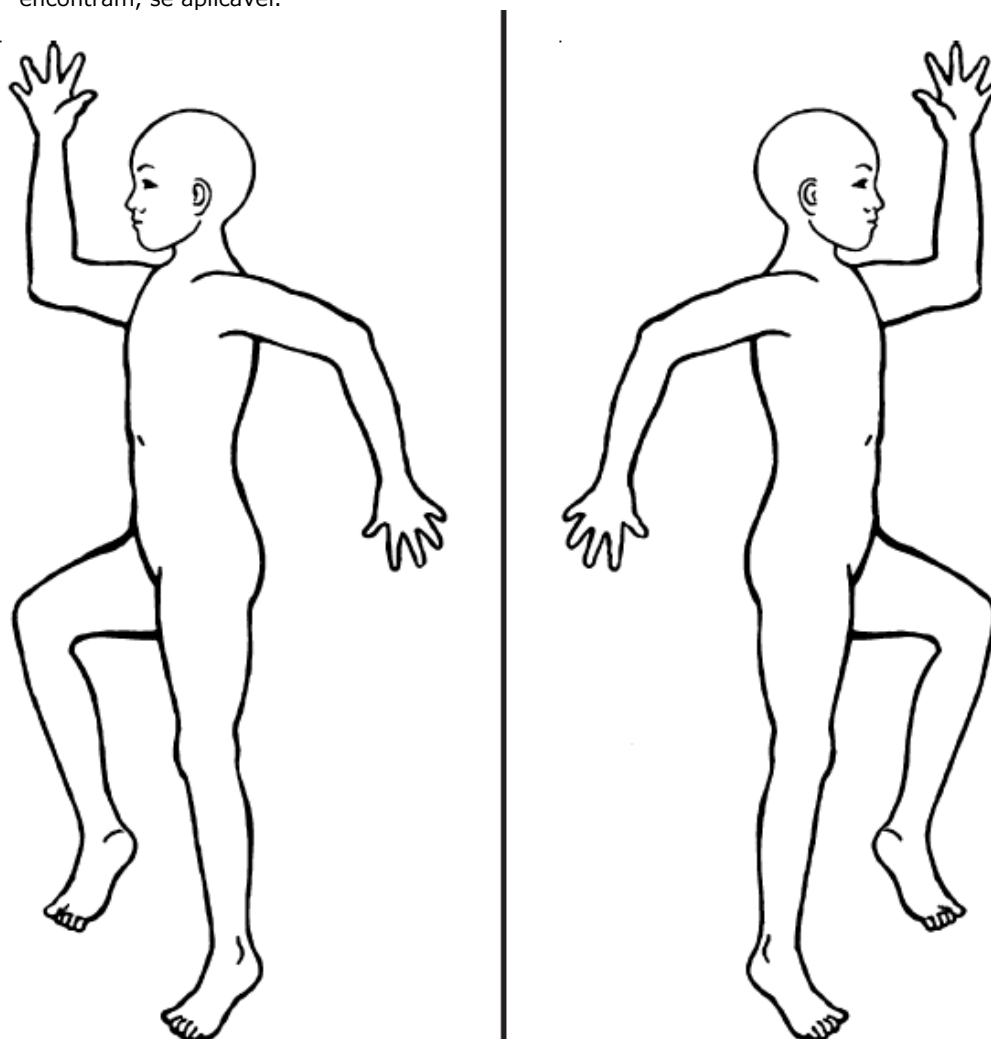
FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

(Foram adicionadas cópias desta página)_____

Identificação do paciente:_____

- 5.5. Análise do hábito externo – CORPO, FACES LATERAIS (este procedimento deve ser realizado com o consentimento do paciente)
Numerar as lesões relacionadas com o evento, identificando no diagrama, o local em que se encontram, se aplicável.



Legenda:

EQ – Equimose
ES – Escoriação
H – Hematoma
ER – Eritema
P – Petéquias

T – Tumefação traumática
DT – Dor ao toque
M – Marca de Mordedura
Q – Queimadura
L – Laceração

FC – Ferida contusa
FI – Ferida incisa
FP – Ferida perfurante
OL – Outras lesões

Nº de localização	Legenda	Notas	Nº de localização	Legenda	Notas

(Foram adicionadas cópias desta página) _____

Identificação do paciente: _____

D. Dano psicológico: S____ N____

1. O paciente foi encaminhado para os serviços de Psicologia/Psiquiatria? S____ N____
2. Foi adicionado relatório médico de Psicologia ou Psiquiatria Forense a este relatório? S____ N____

E. Relação entre a história do evento e as lesões encontradas:

1. Os elementos disponíveis permitem admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano?
S____ N____ Prejudicado____

F. Documentação:

1. Existe **documentação fotográfica** das lesões? N____ S____ ☐ Ver ponto **H. "Prova Fotográfica"**
(as fotografias tiradas devem ser anexadas a este documento, com folhas numeradas e acompanhadas com o consentimento da vítima/paciente)
2. Identificação da pessoa que tirou as fotografias:
Médico (a) ☐ Enfermeiro (a) ☐ Perito ☐ Outro ☐
Nome: _____

G. Procedimento seguido/a seguir:

O paciente/menor teve alta	
O paciente/menor foi internado	
Aconselhado acompanhamento psicológico	
Accionado o acompanhamento noutras Instituições de Proteção de Menores (CPCJ, NHACJR ou NACJR, Serviço Social)	
Accionado o art. 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo iminente;	
As autoridades competentes foram devidamente informadas, da existência da suspeita de um crime público nos termos do art.º 70º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, e do art. 242º do Cód. Processo Penal (crimes de denúncia obrigatória)	

Data: ____/____/____	Assinatura do Médico: _____	Cédula Profissional:
-----------------------------	------------------------------------	----------------------

Identificação do paciente: _____

H. Prova fotográfica:

1. Fotografias tiradas a ____/____/____ às ____ horas.
2. Quantas fotografias foram tiradas? ____
(Anexar as fotografias a este documento e guardá-las na ficha clínica do paciente)
3. Identificação da pessoa que tirou as fotografias:
Médico (a) ☐ Enfermeiro (a) ☐ Perito ☐ Outro ☐

Nome: _____

4. Marca e modelo da máquina: _____

5. A máquina tem _____ Megapixéis.

- 6. Legendas das fotografias** (em cada fotografia o profissional e saúde deve colocar, na parte de trás da mesma, o nome e número do paciente)

Fotografia nº	Legenda

(Foram adicionadas cópias desta página) ____

Identificação do paciente: _____

Modelo de Consentimento Informado do Paciente/Vítima

Consentimento Informado, esclarecido e livre para atos/intervenções de Saúde nos termos da norma n.º 015/2013 da Dir. Geral da Saúde

[Parte informativa]

- ☐ Autorizo a realização da análise, interpretação e documentação dos acontecimentos descritos pelo paciente/vítima, de relevância forense, através de relatório médico e diagramas corporais;
- ☐ Autorizo a realização da documentação fotográfica de lesões com relevância forense;
- ☐ Autorizo que uma cópia deste relatório seja encaminhada aos Serviços do Ministério Público competentes, para instauração do devido procedimento criminal.

[Parte declarativa do profissional] Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data ____/____/____

Assinatura e número de cédula profissional _____

[Parte declarativa da pessoa que consente]

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o(s) ato(s) indicado(s) acima, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas e forenses fundamentadas.

_____(local), ____/____/____(data)

Nome do paciente: _____

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

Doc. Identificação N.º _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação: _____

Assinatura _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Identificação do paciente: _____

ANEXO 3

Modelo de Relatório para denúncia de situação de suspeita de violência doméstica como crime público

Exmo. Senhor

Procurador-Adjunto do Ministério Público
do Tribunal Judicial de

ou

Sr. Procurador-Adjunto do Departamento
de Investigação e Ação Penal

[nome do funcionário] a exercer funções no Departamento Jurídico da Instituição [nome da Instituição/Hospital/Centro de Saúde], vem, por este meio, participar a V. Ex.^a o Relatório Pericial Forense, que segue em anexo.

De acordo com o que resulta do estipulado no art.º 80º, nº4 e art. 29º da Lei nº 112/2009, de 16 de Setembro, e no art.º 242º, nº1, alínea b) do Código de Processo Penal, e porque os factos descritos no presente Relatório configuram a suspeita da prática de um crime de natureza pública, vem esta entidade denunciá-los e comunicá-los a V. Ex.^a para os devidos efeitos processuais penais.

_____[Departamento Jurídico de...]

_____[local], _____[data]

[assinatura do denunciante e carimbo da instituição]

Identificação do paciente: _____

Modelo de Relatório para denúncia de situação de suspeita de maus tratos em criança/jovem como crime público

Exmo. Senhor

Procurador-Adjunto do Ministério Público
do Tribunal Judicial de

ou

Sr. Procurador-Adjunto do Departamento
de Investigação e Ação Penal

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de [local] **ou** o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NAHCJR) de [local], com assento legal no Despacho da Sr.^a Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, **ou** [nome do funcionário] a exercer funções no Departamento Jurídico na Instituição [nome da Instituição/Hospital/Centro de Saúde], vem, por este meio, participar a V. Ex.^a o Relatório Pericial Forense, que segue em anexo.

De acordo com o que resulta do estipulado no art.º 70º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro e no art.º 242º, nº1, alínea b) do Código de Processo Penal, e porque os factos descritos no presente Relatório configuram a suspeita da prática de um crime de natureza pública, vem esta entidade denunciá-los e comunicá-los a V. Ex.^a para os devidos efeitos processuais penais.

_____[Departamento Jurídico de..... ou N(H)ACJR]

_____[local], _____[data]

[assinatura do denunciante e carimbo da instituição]

Identificação do paciente: _____

ANEXO 4

Modelo de Relatório para aplicação do artigo 91º da Lei n.º147/99, de 1 de Setembro – Procedimento de Urgência

Exmo. Senhor

Procurador-Adjunto do Ministério Público
do Tribunal de Família e Menores

ou

Sr. Procurador-Adjunto do Ministério
Público do Tribunal da Comarca...

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de [local] **ou** o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NAHCJR) de [local] com assento legal no Despacho da Sr.ª Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, **ou** [nome do funcionário], a exercer funções no Departamento Jurídico na Instituição [nome da Instituição/Hospital/Centro de Saúde] vem, por este meio, participar a V. Ex.ª o Relatório Pericial Forense, que segue em anexo.

Assim, e pelos factos demonstrados do relatório anexo, deverá ser desencadeado um Procedimento de Urgência, de acordo com o que resulta do estipulado no art.º 91º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro.

_____[Departamento Jurídico de..... ou N(H)ACJR]

_____[local], _____[data]

[assinatura do denunciante e carimbo da instituição]

Identificação do paciente:_____

ANEXO 5

Mais homens pedem ajuda, mas vergonha impede queixa por violência doméstica

LUSA 22/02/2014 - 13:45

Este sábado assinala-se o Dia Europeu das Vítimas de Crime



Aumentar

DIAP conta apenas duas mulheres em prisão preventiva por violência doméstica grave PAULO PIMENTA



Recomendar Partilhar 75 Tweetar 0 8+1 3

TÓPICOS >

Violência doméstica

Quase 400 homens pediram ajuda à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) em 2013 por serem vítimas de violência conjugal, mas a vergonha justifica que só uma ínfima parte avance com o processo para o Ministério Público.

MAIS

* Violência contra idosos mais do que duplicou nos últimos 11 anos

* Todas as semanas 19

Segundo os dados mais recentes da APAV, em 2013 registaram-se 7.271 vítimas de crimes de violência doméstica. Destas, 1.024 eram homens e dentro deste grupo estavam 618 homens com 18 ou mais anos. "Destes 618 homens adultos, 381 era vítimas de violência conjugal", sublinha a APAV. Em

in **Jornal Público** (22/02/2014): <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/-mais-homens-pedem-ajuda-mas-vergonha-impede-queixa-por-violencia-domestica-1625781>

ANEXO 6

Todas as semanas 19 crianças e jovens e 15 idosos são vítimas de crimes

PÚBLICO e LUSA 12/02/2014 - 07:59

Em grande parte dos casos o autor do crime e a vítima tinham relações de conjugalidade ou familiares.



Muitos dos casos de violência duravam há vários anos. PAULO PIMENTA



TÓPICOS >

Justiça

Crime

PSP

GNR

Violência doméstica

Crianças

Todas as semanas, 19 crianças e jovens, 15 idosos e 134 adultos são vítimas de crime em Portugal, revela o relatório anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, que recebeu no ano passado 20.642 queixas.

Em 2013, a APAV apoiou 8733 vítimas directas de um crime, das quais 6985 eram pessoas adultas até aos 64 anos, 973 eram crianças e jovens e 774 eram idosos, que representam 8,9% do total das vítimas.

in **Jornal Público** (12/02/2014): <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/todas-as-semanas-19-criancas-e-jovens-e-15-idosos-sao-vitimas-de-crimes-1623360>